



Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública

Estudo sobre o Grau de Integração de Organizações de Saúde – EGIOS II

Candidato: Ricardo Carvalho Gonçalves

VIII Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Orientador: Prof. Doutor Rui Santana

Co-orientadora: Dra. Patrícia Marques

30 de julho de 2015



Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública

Estudo sobre o Grau de Integração de Organizações de Saúde – EGIOS II

Candidato: Ricardo Carvalho Gonçalves

VIII Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Orientador: Prof. Doutor Rui Santana

Co-orientadora: Dra. Patrícia Marques

30 de julho de 2015

A Escola Nacional de Saúde Pública não se responsabiliza pelas opiniões expressas nesta publicação, as quais são da exclusiva responsabilidade do seu autor.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Doutor Rui Santana, agradeço por me ter confiado um projeto que preza particularmente, pelo tema da integração e por o ter iniciado em 2009-2010. Pela sua disponibilidade e mestria no apoio à implementação e revisão do presente trabalho.

À minha co-orientadora, Dra. Patrícia Marques, agradeço pelos incalculáveis conselhos e incentivos, revisões e momentos de trabalho.

Ao Dr. Ricardo Mestre e à Dra. Teresa Torres, da ACSS, agradeço pelo total apoio e disponibilidade do início ao fim do EGIOS II, para que este tivesse sucesso.

Aos meus amigos, obrigado por todos os momentos de entretenimento, aprendizagem, crescimento e por compreenderem os momentos de ausência.

À Rita Sousa Machado, agradeço o seu apoio, amor, incentivo, confiança, e energia indispensável, tendo-me ajudado em todas as fases deste percurso.

À minha mãe, ao meu pai e à minha família, agradeço pela forma como me educaram e investiram na minha formação, fazendo a pessoa e profissional que sou hoje.

Resumo

O movimento de integração dos cuidados de saúde tem como objectivo a procura de modelos de prestação de cuidados mais compreensivos, integrados e continuados. A determinação do grau de integração de cuidados pode ser realizada a partir da percepção dos profissionais de saúde, sendo os inquéritos por questionários uma fonte comumente utilizada neste tipo de estudos.

O presente estudo, designado por EGIOS II, tem como objetivos: a) determinar o grau de percepção de integração, dos profissionais das Unidades Locais de Saúde; b) comparar a percepção do grau de integração dos profissionais entre 2010 e 2015; c) comparar a percepção do grau de integração dos profissionais que trabalham nas Unidades Locais de Saúde e em instituições não organizadas em Unidades Locais de Saúde; e d) identificar as áreas de maior e menor percepção de integração.

O instrumento de recolha de dados utilizado, foi um inquérito por questionário, que pretende avaliar a percepção do grau de integração dos profissionais de acordo com as dimensões clínica, informação, normativa, administrativa, financeira e sistémica, em 53 itens. O inquérito foi estruturalmente adaptado do *Health System Integration Study*, tendo apresentado validade e fiabilidade. O inquérito foi aplicado em 22 instituições, a nível nacional, Unidades Locais de Saúde e a Centros Hospitalares / Hospitais e Agrupamentos de Centros de Saúde. A caracterização EGIOS II dividiu-se em quatro fases: preparação e envio dos ofícios; identificação dos interlocutores; envio dos inquéritos; e avaliação dos resultados.

O inquérito apresentou uma taxa de resposta de 27%, representando 2085 respostas ao inquérito. Pode afirmar-se que globalmente o estudo apresenta representatividade estatística, com um intervalo de confiança de 95%.

Os resultados indicam que os profissionais das Unidades Locais de Saúde em 2015 reportam maiores níveis de percepção de integração, quando comparados os dados com o estudo de 2010. Acrescenta-se que os profissionais das Unidades Locais de Saúde têm um maior grau de percepção de integração, do que os profissionais dos Centros Hospitalares / Hospitais e Agrupamentos de Centros de Saúde, não organizados em ULS. As dimensões administrativa, financeira e clínica são as que apresentam um menor grau de percepção de integração e as dimensões normativa e informação uma maior percepção de integração. Os órgãos de administração e órgãos de gestão intermédia apresentam uma percepção de integração superior

comparativamente aos médicos e enfermeiros dos serviços hospitalares e cuidados de saúde primários.

Foram identificadas nove recomendações que poderão servir como base para um plano de ação subsequente do presente estudo ou para aplicação em futuros estudos.

Este estudo pode auxiliar no diagnóstico de problemas e barreiras da integração de cuidados, em que serviços atuar e ainda, identificar quais as estratégias e processos a priorizar de forma a melhorar a integração de cuidados de saúde.

Palavras Chave: integração de cuidados de saúde; integração vertical; percepção de integração; medir o grau de integração; unidades locais de saúde

Abstract

The integrated health care movement seeks to provide more comprehensive, integrated and sustained care. The determination of the level of integrated care can be achieved through the perception of healthcare professionals and the application of a questionnaire is the mainly common source used in this type of studies.

The present study, designated EGIOS II, has the following main objectives: a) determine the actual level of perceived integration of Local Health Units; b) compare the level of the perceived integration of healthcare professionals between 2010 and 2015; c) compare the level of perceived integration between the healthcare professionals of the Local Health Units and non Local Health Units providers; and d) identify which are the areas of major and minor perceived integration.

The data collection instrument used was a questionnaire, which aims to assess the level of perceived integration of healthcare professionals according to through clinical, information, normative, administrative, financial and systemic dimensions, in 53 different items. The questionnaire was structurally adapted from the Health System Integration Study, which proved validity and reliability. The questionnaire was applied at a national level in 22 different institutions, like Local Health Units and Hospitals / Hospital Centres and Primary Care Centres. The EGIOS II was divided in 4 phases: 1) preparation of the letters and the following sending; 2) identification of the interlocutors; 3) route the questionnaires; and 4) evaluation of results.

The questionnaire had a response rate of 27%, which represents 2.085 responses. These findings were statistically significant, with 95% of confidence interval.

The results indicate that the healthcare professionals of the Local Health Units in 2015 reported higher levels of perceived integration when compared with the study conducted in 2010. The healthcare professionals of the Local Health Units had a higher level of perceived integration than the healthcare professionals of the Non Local Units (Hospital Centres / Hospitals and of Primary Care Centres). The administrative, financial and clinical dimensions had the lower level of perceived integration, while normative and information dimensions had a better integration perception. Board members and health managers had a higher perception of integration level when compared to doctors and nurses of the hospital services and primary healthcare.

There were identified nine recommendations that could be the foundation for a consequent action plan or be used in future studies.

This study can be helpful to diagnose problems and barriers of integrated care, identify which services needs to improve, and also identify which priority strategies and processes could improve integrated care.

Keywords: integrated care; vertical integration; integration perception; measuring integrated care; local health units;

Índice

| | |
|---|------|
| Agradecimentos | iii |
| Resumo | iv |
| Abstract..... | vi |
| Índice | viii |
| Índice de Esquemas | x |
| Índice de Tabelas | x |
| Índice de Gráficos | xi |
| Índice de ANEXOS | xii |
| Lista de siglas | xiii |
| 1. Evolução, desafios e problemas do sistema de saúde | 13 |
| 2. Integração de cuidados de saúde | 15 |
| 2.1. Conceito e definição | 15 |
| 2.2. Dimensões | 16 |
| 2.3. A importância..... | 18 |
| 2.4. Os benefícios..... | 19 |
| 2.5. As fases de desenvolvimento | 19 |
| 2.6. A Visão | 21 |
| 3. Medir o grau de integração de cuidados de saúde | 22 |
| 4. Cuidados de saúde em Portugal | 25 |
| 4.1. Integração horizontal em Portugal..... | 26 |
| 4.2. Integração vertical em Portugal..... | 27 |
| 5. Objetivo do estudo..... | 29 |
| 6. Metodologia | 30 |
| 6.1. Instrumento de recolha de dados | 30 |
| 6.2. Adaptações metodológicas do EGIOS II | 32 |
| 6.3. Seleção da amostra e população em estudo | 33 |
| 6.4. Fases de aplicação do EGIOS II | 36 |
| 6.4.1. Fase 1 – Preparação e envio dos ofícios | 38 |
| 6.4.2. Fase 2 – Identificação dos interlocutores | 38 |
| 6.4.3. Fase 3 – Envio dos inquéritos | 38 |
| 6.4.4. Fase 4 – Avaliação dos resultados..... | 39 |
| 7. Resultados..... | 41 |
| 7.1. Atual grau de integração das Unidades Locais de Saúde..... | 41 |

| | | |
|--------|--|------|
| 7.2. | A evolução dos resultados entre 2010 e 2015 | 43 |
| 7.3. | Comparação do grau de integração entre ULS e Não ULS | 49 |
| 7.4. | Resultados Top 5 Itens | 55 |
| 7.4.1. | Top 5 Itens da amostra total do EGIOS II..... | 55 |
| 7.4.2. | Top 5 Itens das Unidades Locais de Saúde | 56 |
| 7.4.3. | Top 5 Itens das Não Unidades Locais de Saúde | 58 |
| 8. | Discussão | 60 |
| 8.1. | Discussão metodológica | 60 |
| 8.1.1. | A escolha do instrumento de recolha de dados..... | 60 |
| 8.1.2. | A aplicação do inquérito via <i>online</i> | 62 |
| 8.1.3. | Diferenças entre grupos profissionais | 65 |
| 8.2. | Discussão de resultados | 66 |
| 8.3. | Recomendações..... | 71 |
| 9. | Conclusão..... | 74 |
| 10. | Bibliografia..... | 76 |
| | ANEXOS | xiii |

Índice de Esquemas

| | |
|--|----|
| Esquema 1 - Dimensões da Integração..... | 16 |
| Esquema 2 - Cronograma do EGIOS II | 37 |
| Esquema 3 - Fases de aplicação do EGIOS II | 37 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Revisão de estudos sobre a medição do grau de integração..... | 23 |
| Tabela 2 - Definição das dimensões de integração do EGIOS II..... | 30 |
| Tabela 3 - Organização das questões do EGIOS..... | 31 |
| Tabela 4 - Escala de Likert utilizada em EGIOS..... | 31 |
| Tabela 5 - Diferenças metodológicas EGIOS I e EGIOS II | 33 |
| Tabela 6 - População em estudo do EGIOS II | 34 |
| Tabela 7 - Número de Profissionais, de Respostas e Taxa de Resposta, por Tipo de Instituição..... | 35 |
| Tabela 8 - Número de Profissionais, de Respostas e Taxa de Resposta, por Grupos Profissionais | 36 |
| Tabela 9 - Número e Taxa de resposta, por Grupos Profissionais | 36 |
| Tabela 10 - Plano de análise de resultados efetuados em EGIOS II..... | 40 |
| Tabela 11 – Características da amostra das ULS 2015 | 42 |
| Tabela 12 - Percepção do Grau de Integração, por Dimensão | 42 |
| Tabela 13 - Percepção do Grau de Integração, por Grupo Profissional | 43 |
| Tabela 14 - Características das ULS 2010 e ULS 2015 | 44 |
| Tabela 15 - Percepção do Grau de Integração, por Dimensão, 2010 e 2015 | 45 |
| Tabela 16 - Percepção do Grau de Integração, por Grupos Profissionais, 2010 e 2015..... | 47 |
| Tabela 17 - Características das ULS 2015 e Não ULS 2015 | 50 |
| Tabela 18 - Percepção do Grau de Integração, por Dimensões, ULS e Não ULS | 50 |

| | |
|---|----|
| Tabela 19 - Percepção do Grau de Integração, por Grupo Profissional, ULS e Não ULS..... | 52 |
| Tabela 20 - Top 5 Itens da Amostra Total, Percepção Não Integração..... | 55 |
| Tabela 21 - Top 5 Itens da Amostra Total, Percepção Integração | 56 |
| Tabela 22 - Top 5 Itens, das ULS, Percepção de Não Integração | 57 |
| Tabela 23 - Top 5 Itens, das ULS, Percepção de Integração | 57 |
| Tabela 24 - Top 5 Itens, das Não ULS, Percepção de Não Integração..... | 58 |
| Tabela 25 - Top 5 Itens, das Não ULS, Percepção de Integração | 59 |
| Tabela 26 - Principais Resultados do EGIOS II | 67 |

Índice de Gráficos

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 - População da Amostra, por Tipo de Instituição..... | 34 |
| Gráfico 2 - População da amostra, por Grupos Profissionais | 35 |
| Gráfico 4 - Diferenças da Percepção de Não Integração e Percepção de Integração, por Dimensão, 2010 e 2015 | 45 |
| Gráfico 5 - Diferenças do grau de Percepção de Não Integração, de 2010 para 2015, por Dimensão | 46 |
| Gráfico 6 - Diferenças do grau de Percepção de Integração, de 2010 para 2015, por Dimensão..... | 46 |
| Gráfico 7 - Diferenças Percepção Não Integração e Percepção Integração, por Grupos Profissionais, de 2010 para 2015 | 48 |
| Gráfico 8 - Diferenças Percepção Não Integração, 2010 para 2015, por Grupo Profissional | 48 |
| Gráfico 9 - Diferenças Percepção Integração, 2010 para 2015, por Grupo Profissional | 49 |
| Gráfico 10 - Diferenças Percepção Não Integração, ULS e Não ULS, por Dimensão | 51 |
| Gráfico 11 - Diferenças Percepção Integração, ULS e Não ULS, por Dimensão | 52 |

| | |
|---|----|
| Gráfico 12 - Diferenças Percepção Não Integração, ULS e Não ULS, por Grupo Profissional | 53 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Gráfico 13 - Diferenças Percepção Integração, ULS e Não ULS, por Grupo Profissional | 54 |
|---|----|

Índice de ANEXOS

| | |
|--|-------|
| ANEXO I – Exemplo Inquérito EGIOS II | xiv |
| ANEXO II – Número de profissionais, número de respostas e taxa de resposta, por Instituição | xx |
| ANEXO III – Ofício tipo da ACSS às Instituições da amostra | xxi |
| ANEXO IV – Tabela tipo enviada aos interlocutores para preencherem o número de profissionais da instituição que cumprem os critérios do EGIOS II | xxiii |

Lista de siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

EGIOS I – Estudo sobre o Grau de Integração de Organizações de Saúde I

EGIOS II - Estudo sobre o Grau de Integração de Organizações de Saúde II

HSIS - *Health System Integration Study*

Não ULS – Não Unidade Locais de Saúde

p.p. – pontos percentuais

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULS – Unidade Locais de Saúde

1. Evolução, desafios e problemas do sistema de saúde

A ciência e a tecnologia na área da saúde tiveram uma evolução exponencial nos últimos cinquenta anos (Institute of Medicine, 2001; Omachonu e Einspruch, 2010). Na indústria da saúde tem havido uma multiplicidade de inovações com o objetivo de aumentar a qualidade de vida da população, melhorar os diagnósticos e tratamentos, bem como a relação custo-eficácia do sistema de saúde (Omachonu e Einspruch, 2010).

Devido ao aumento da capacidade de intervenção da medicina, ao desenvolvimento de novos fármacos, técnicas e tecnologias de saúde, mais dispendiosos, tem havido uma dinâmica de crescimento dos custos no sector da saúde enfrentando-se assim, atualmente, alguns desafios nesta área (Contandriopoulos *et al.*, 2003; Ye *et al.*, 2012). Acresce o facto de as doenças crónicas se terem tornado progressivamente comuns, estando a absorver uma parte crescente dos orçamentos de saúde. Este aumento pode estar relacionado com a tendência demográfica que tem vindo a acentuar-se com o aumento da proporção de pessoas com mais de 65 anos, sendo os que apresentam mais doenças crónicas (Hofmarcher, Oxley e Rusticelli, 2007; Wadmann, Strandberg-Larsen e Vrangbæk, 2009).

A prestação de cuidados de saúde deve passar de intervenções episódicas de curto prazo e de cuidados agudos, para uma prestação integrada e de longo prazo e (Lyngsø *et al.*, 2014).

Tem sido demonstrado que a fragmentação dos cuidados de saúde promove dificuldades no acesso, pode reduzir a qualidade dos cuidados prestados, aumentar a utilização de recursos tornando o sistema mais ineficiente, aumentar os custos de produção e reduzir a satisfação dos utentes (PAHO, 2010). Está também associada a um maior número de readmissões hospitalares e a uma maior carga de stress para os prestadores (Cheah, Kirk-Chuan e Lim, 2012). A fragmentação dos cuidados de saúde pode assim colocar barreiras a nível estrutural e financeiro, criando ineficiências ao nível do sistema de saúde (Ling *et al.*, 2012).

São inúmeras as causas da fragmentação, entre elas: a separação dos níveis de prestação de cuidados do sistema de saúde e consequente descentralização dos serviços e a existência de um modelo de prestação de cuidados centrado na

doença, ao invés da promoção da saúde e dos cuidados centrados nos utentes (PAHO, 2010).

Sem integração, os cuidados prestados poderão ter atrasos ou serem duplicados, a qualidade dos cuidados é reduzida e o custo-eficácia diminui (Kodner e Spreeuwenberg, 2002).

Tendo em conta que os cuidados de saúde fragmentados apresentam uma série de problemas caraterísticos, realça-se a pertinência e necessidade de cuidados de saúde integrados, possibilitando resultados de maior qualidade e mais eficientes (Nuño Solinís, 2009). Desta forma, haverá uma melhor coordenação de cuidados de saúde proporcionando melhores resultados e maior satisfação aos utentes (Wadmann, Strandberg-Larsen e Vrangbæk, 2009).

Destacam-se assim iniciativas pragmáticas de reestruturação organizacional da oferta de cuidados, na qual se insere o movimento de integração de cuidados de saúde, procurando modelos de prestação mais equitativos, compreensivos, integrados e continuados (Saltman e Figueras, 1998; PAHO, 2010). Assim, ao invés de cuidados prestados por profissionais autónomos, o foco muda para uma assistência prestada por equipas de saúde multidisciplinares (Hofmarcher, Oxley e Rusticelli, 2007).

Esta realidade representa uma evolução inevitável para uma gestão mais eficiente e efetiva das redes de cuidados de saúde (Hofmarcher, Oxley e Rusticelli, 2007; Leatt, Pink e Guerriere, 2000).

2. Integração de cuidados de saúde

2.1. Conceito e definição

O conceito de integração de cuidados agrega vários conceitos, tais como a distribuição, gestão e organização de cuidados relacionados com o diagnóstico, tratamento, cuidados, reabilitação e promoção da saúde. A integração pretende melhorar o acesso aos cuidados, qualidade, satisfação do utente e eficiência (Grone e Garcia-Barbero, 2001).

De acordo com Armitage et al., (2009), não existe ainda uma definição universal para o conceito de integração. Os autores referem que existem vários termos utilizados comumente na literatura internacional para definir integração, entre eles: *integrated delivery networks*, *integrated health networks* e *integrated health delivery systems*.

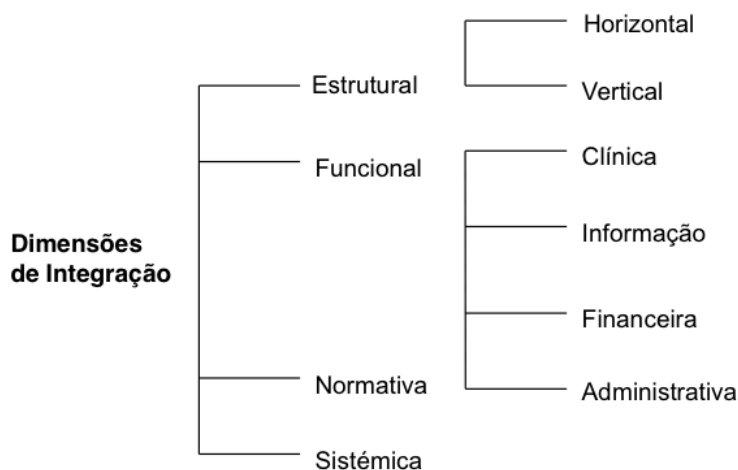
Para Goodwin *et al.*, (2012) o fundamento da integração pode ser definido como “uma abordagem de melhoria da qualidade de cuidados aos utentes, garantindo que os serviços estão bem coordenados de acordo com as necessidades.”

A definição de integração de cuidados de saúde, para a Organização Mundial de Saúde, é “a gestão e prestação de cuidados de saúde para os utentes que recebem um contínuo de serviços de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão da doença, reabilitação e cuidados paliativos, através dos diferentes níveis e locais de cuidados do sistema de saúde, de acordo com as necessidades ao longo do ciclo de vida” (World Health Organization, 2008).

Para Strandberg-Larsen, (2011), “a integração de cuidados de saúde refere-se a um conjunto de serviços de saúde coordenados de forma coerente, que são planeados, geridos e direcionados ao utente, através de uma série de organizações de saúde e por um conjunto de profissionais de saúde com várias especializações. A essência da prestação integrada de cuidados de saúde é a prestação de cuidados de uma forma eficiente promovendo melhores condições de saúde aos utentes.”

2.2. Dimensões

A integração pode ser organizada segundo um conjunto de dimensões fundamentais, de acordo com o Esquema 1:



Esquema 1 - Dimensões da Integração, esquema de Santana & Costa, (2008)

As dimensões de nível estrutural têm significados diferentes.

A integração horizontal ocorre entre organizações ou unidades que estão no mesmo nível hierárquico, como acontece com a fusão de instituições e serviços de um nível igual de prestação de cuidados (Hvinden, 1994; Axelsson, 2002; PAHO, 2010). Como exemplo, em Portugal, temos a criação dos Centros Hospitalares ou a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

A integração vertical ocorre entre organizações ou unidades organizacionais que apresentam diferentes níveis de uma estrutura hierárquica, como a integração dos cuidados primários, secundários e terciários (Hvinden, 1994; Axelsson, 2002; Valentijn et al., 2013). Em Portugal, a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) são um exemplo de integração vertical.

A integração funcional é uma medida de suporte de funções e atividades chave que dizem respeito à gestão financeira, de recursos humanos, de planeamento estratégico, da gestão de informação e de modelos de gestão, com vista à melhoria da qualidade, estando coordenadas entre as unidades funcionais (Devers *et al.*, 1994; Valentijn *et al.*, 2013). A integração funcional serve para a coordenação analisar e avaliar as funções previamente descritas entre as unidades operacionais. Como exemplo de integração funcional temos a utilização das mesmas práticas,

guidelines e políticas entre as unidades funcionais. Ou ainda, a avaliação de resultados a partir da medição de resultados e do grau de cumprimento dos objetivos propostos (Devers *et al.*, 1994).

A dimensão clínica relaciona a prestação clínica de cuidados de saúde de acordo com o ciclo completo de tratamento do utente, tendo em conta as funções, atividades, práticas clínicas e unidades funcionais do sistema (Santana *et al.*, 2010; Bethge, 2012). Segundo os autores Devers *et al.*, (1994), esta é a forma de integração mais importante, uma vez que é a partir dela que a integração de cuidados de saúde é capaz de prestar cuidados eficientes e de qualidade. Os autores destacam ainda algumas medidas que dizem respeito à dimensão clínica, como o desenvolvimento de *guidelines*, a uniformização dos processos clínicos dos utentes, a recolha de dados e utilização dos resultados clínicos.

A dimensão informação descreve o desenvolvimento da informação clínica e dos sistemas de apoio à gestão, com o objetivo de facilitar a comunicação entre as equipas de saúde, permitindo assim uma melhor monitorização, uma tomada de decisão estratégica e operacional de menor risco e uma medição de resultados com vista a uma melhor gestão de desempenho (Santana *et al.*, 2010; Bethge, 2012). No artigo de Sinclair, (2000) é referido que os profissionais de saúde têm de ter acesso à informação clínica electrónica sobre todos os dados disponíveis acerca do estado de saúde, custos do ciclo do utente, qualidade dos serviços, carga de trabalho, resultados e satisfação dos utentes.

A dimensão financeira refere-se aos sistemas de pagamento dentro da organização, tendo em conta as atividades desenvolvidas para o seu funcionamento, pretendendo a eficiência económica (Santana *et al.*, 2010; Bethge, 2012). Esta dimensão pode exigir a congregação de vários recursos (humanos, materiais, financeiros), facilitando e incentivando a integração intersectorial e interdisciplinar dos cuidados de saúde (Browne *et al.*, 2004).

A dimensão administrativa compreende o apoio administrativo, como a coordenação dos recursos humanos e atividades administrativas da organização (Santana *et al.*, 2010; Bethge, 2012).

A integração normativa permite a identificação, comunicação e partilha da visão, objetivos, valores e manuais de procedimentos da organização entre os prestadores, uniformemente (Santana *et al.*, 2010; Bethge, 2012). A integração normativa permite

refletir sobre a estrutura organizacional relativamente aos requisitos de cooperação, destacando a importância da responsabilidade coletiva (Contandriopoulos *et al.*, 2003).

A integração sistémica é necessária na integração de cuidados de saúde para promover um funcionamento sustentável da organização. Para isso deve existir um quadro normativo com os princípios e normas da instituição (Contandriopoulos *et al.*, 2003). Na integração sistémica recomenda-se o desenvolvimento de mecanismos de governança dentro e entre as unidades funcionais, bem como o desenho da estrutura organizacional para promover a existência de objetivos comuns e proporcionar uma maior integração (Santana *et al.*, 2010; Bethge, 2012).

2.3. A importância

A integração de cuidados de saúde deverá ser uma prioridade de forma a garantir cuidados sustentáveis e de elevada qualidade (Goodwin *et al.*, 2012).

O tema da integração de cuidados de saúde tem sido amplamente discutido e debatido a nível político por vários governos, a nível nacional e internacional, fazendo parte dos objetivos das políticas dos sistemas de saúde (PAHO, 2010; Strandberg-Larsen, Krasnik 2009; Goodwin, 2013).

Segundo Contandriopoulos *et al.*, (2003) a implementação de um sistema de cuidados integrados é longa, difícil e exigente, envolvendo simultâneas e recorrentes alterações nas relações entre as organizações e os *stakeholders*. Fulop, Mowlem e Edwards, (2005) apontam ainda que normalmente a tendência é para subestimar o tempo necessário para se alcançarem os benefícios desejados.

Destaca-se como preponderante um apoio político forte, de comprometimento e de longo prazo, uma vez que é necessário tempo para se alcançar a integração de cuidados de saúde (PAHO, 2010; Strandberg-Larsen, Krasnik 2009; Goodwin, 2013).

A implementação de sistemas de saúde integrados é um processo que requer novas capacidades e uma liderança dinâmica (Contandriopoulos *et al.*, 2003). Neste sentido, são necessárias políticas e práticas de gestão conscientes, com uma aposta forte na construção de relações interprofissionais e na partilha de

informações clínicas, reconhecendo que a mudança ao nível da integração de cuidados é um processo de aprendizagem e evolução (Tsasis, Evans, Owen, 2012).

2.4. Os benefícios

São vários os benefícios, segundo vários autores, no que respeita à integração dos cuidados de saúde, dos quais se destacam:

- Melhorar a acessibilidade do sistema de saúde, reduzir a fragmentação de cuidados, melhorar a eficiência global do sistema, evitar a duplicação de infraestruturas e serviços, reduzir os custos de produção, reduzir os resultados adversos proporcionando melhor segurança e responder mais eficazmente às necessidades e expectativas dos utentes (Kodner e Spreeuwenberg, 2002; Minkman, Ahaus e Huijsman, 2009; PAHO, 2010; Central Region Health of Older People Network, 2012; Tsasis, Evans e Owen, 2012; Eurohealth, 2012; Curry *et al.*, 2013).
- Permitir aumentar a qualidade de cuidados, melhorar os resultados clínicos e reduzir os custos causando um impacto positivo nas despesas de saúde (Hébert e Veil, 2004; Enthoven, 2009; Reich, Rapold e Thöni, 2012; Valentijn *et al.*, 2013).
- Fornecer melhores cuidados de saúde aos utentes, mantendo ou melhorando a sua satisfação com os serviços de saúde (Lloyd e Wait, 2006; Rosen e Ham, 2009; Strandberg-Larsen e Krasnik, 2009; Strandberg-Larsen, 2011; Tsasis, Evans e Owen, 2012).
- Proporcionar o desenvolvimento de uma cultura partilhada, uma melhor comunicação e cooperação com outras organizações e uma resposta mais eficiente (Maslin-Prothero, Bennion, 2010).

2.5. As fases de desenvolvimento

Para uma correta implementação da integração de cuidados é necessário um compromisso da integração entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares. Reitera-se a necessidade e o pré-requisito de que para se atingir a integração de cuidados de saúde poderá ser necessário um investimento

significativo, no desenvolvimento de competências e capacidades ao nível dos cuidados de saúde (Goodwin *et al.*, 2012; Howitt e Darzi, 2012).

De acordo com Minkman, Ahaus e Huijsman, (2009) podemos caraterizar o desenvolvimento de cuidados integrados em quatro fases de desenvolvimento:

1. A iniciativa e fase de delineamento do projeto;
2. A fase experimental e de execução;
3. A expansão e fase de monitorização;
4. A consolidação e fase de avaliação.

Para que estas fases sejam cumpridas surgem algumas etapas para atingir a integração de cuidados de saúde, destacando-se (RAND Europe, 2012; Tsasis, Evans e Owen, 2012):

- A partilha da informação clínica do utente, a partir do registo único electrónico; a partilha da informação acerca dos custos do ciclo de tratamento do utente;
- A participação de equipas multidisciplinares e consequentemente o trabalho em equipa;
- A existência de um sistema de incentivos remuneratórios e de uma liderança capaz de promover a visão dos cuidados integrados;
- A elaboração de relatórios de desempenho dos profissionais e consequente medição, tendo em conta os objetivos previamente estipulados;
- A existência de políticas de responsabilidade partilhada entre as instituições integradas;
- A produção e desenvolvimento de estudos piloto de integração de cuidados, a nível local, regional e nacional.

Da análise científica e debate mencionado no artigo de Rosen e Ham, (2009), os autores apontam alguns princípios chave para melhor suportar o desenvolvimento da integração, dos quais se destacam: a pertinência de uma gestão sólida e responsabilidade transparente, a existência de incentivos alinhados, a necessidade da integração de dados clínicos num registo único electrónico e a necessidade de tempo para se atingir a integração proporcionando resultados mais sólidos.

2.6. A Visão

A integração de cuidados de saúde tem significados diferentes para vários *stakeholders*, variando de acordo com a sua experiência profissional e visão pessoal.

Para os administradores e gestores, significa a fusão ou coordenação de metas organizacionais e de medidas de desempenho, implicando gerir e dirigir uma ampla equipa de profissionais de diversas áreas. A integração requer um conjunto complexo de elementos que levam algum tempo a desenvolver-se e a ficarem incorporados no sistema (Curry *et al.*, 2013; Lloyd e Wait, 2006).

Para os prestadores clínicos, a integração de cuidados de saúde significa trabalhar com profissionais de áreas diferenciadas e coordenar tarefas e serviços entre diferentes níveis de prestação de cuidados. Acrescenta-se a importância de o prestador ver a integração de cuidados como uma mudança positiva, sendo parte integrante do seu trabalho e não como um aumento de responsabilidades (Curry *et al.*, 2013; Lloyd e Wait, 2006).

Para os decisores políticos, significa a integração de orçamentos, instituições e serviços. Significa também a realização de avaliações políticas reconhecendo que os projetos de integração de cuidados de saúde devem ser avaliados como parte de um pacote de cuidados mais amplos (Lloyd e Wait, 2006).

Para os investigadores, a integração de cuidados de saúde demora algum tempo para que seja implementada e possam surgir alterações nos serviços ou resultados clínicos. A complexidade dos projetos de cuidados integrados requer que os investigadores estejam envolvidos no planeamento desde o início do projeto (Curry *et al.*, 2013).

3. Medir o grau de integração de cuidados de saúde

A implementação de projetos de integração vertical de cuidados de saúde deve ser monitorizada e avaliada, de forma a informar os decisores políticos, gestores e prestadores de cuidados, sobre a sua evolução. Assim poderão identificar-se quais os obstáculos e as estratégias para melhorar o grau de integração (Hébert e Veil, 2004).

Para monitorizar e avaliar o processo de integração é necessário determinar o grau de integração de cuidados de saúde (Ahgren e Axelsson, 2005; Lyngsø *et al.*, 2014). Sem quantificar o grau, medir ou monitorizar a integração real dos projetos de integração, pode tornar-se difícil saber qual o ponto de situação e verificar se a implementação está a ser bem sucedida. Destaca-se assim a importância da existência de metodologias de avaliação do grau de integração de cuidados integrados (Hartz e Contandriopoulos, 2004; Ye *et al.*, 2012; Lyngsø *et al.*, 2014).

Um estudo de revisão verificou que existem 146 ferramentas de integração e os investigadores concluíram que a maioria dos instrumentos para medir a integração de cuidados carecem de fundamentação teórica, de uma avaliação rigorosa e de uma abordagem mais abrangente (Granner e Sharpe, 2004). Ainda, segundo Armitage *et al.*, (2009) embora existam vários modelos na literatura científica para medir o grau de integração de cuidados de saúde, existe uma falta de ferramentas padrão que estejam validadas e que tenham sido utilizadas continuamente para avaliar os resultados.

Strandberg-Larsen e Krasnik, (2009) acrescenta que a literatura científica acerca da medição da integração de cuidados de saúde revela um vasto leque de conceitos e metodologias utilizadas. Os autores referem ainda que, embora algumas destas metodologias sejam de aplicação imediata, são normalmente difíceis de aplicar e dispendiosas. Por outro lado Lyngsø *et al.*, (2014) apontam que têm sido desenvolvidos vários instrumentos de medição do grau de integração entre os vários serviços e organizações do sistema de saúde. Os estudos efetuados até à data, acerca das ferramentas de medição de cuidados integrados são úteis e necessários, pois o conhecimento dos instrumentos existentes possibilita adaptá-los às realidades atuais, evitando que se façam novos.

Devido à falta de concordância acerca das estratégias de avaliação dos serviços de saúde, vários investigadores referem não conseguir avaliar algumas

caraterísticas relacionadas com a integração (Brazil *et al.*, 2004). O estudo de Browne *et al.*, (2007) acrescenta que a utilização de sistemas de medição de integração de cuidados devem permitir avaliar várias dimensões ao mesmo tempo, de forma a abordar todos os critérios políticos e teorias organizacionais, para apreciação do funcionamento das organizações integradas.

Os autores Ahgren e Axelsson, (2005) e Strandberg-Larsen e Krasnik, (2009) concordam com o facto de não haver consenso para os investigadores sobre a melhor metodologia para apurar a medição do grau de integração.

Em 2009, foi publicado um estudo realizado por Strandberg-Larsen & Krasnik que identificou as metodologias utilizadas para medir o grau de integração de unidades verticalmente integradas. Na Tabela 1 apresenta-se a revisão de estudos identificados pelos autores.

Tabela 1 - Revisão de estudos sobre a medição do grau de integração, adaptado de (Strandberg-Larsen e Krasnik, 2009)

| Estudo | Modelo teórico | Definição conceptual | Definição nível análise | Aspectos estruturais | Aspectos culturais | Aspectos processuais | Medidas relativas | Medidas quantitativas | Validade interna |
|---------------------------|----------------|----------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|----------------------|-------------------|-----------------------|------------------|
| Ahgren e Axelsson, (2005) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Brazil et al., (2003) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | | |
| Browne et al., (2004) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ |
| Burns et al., (2001) | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| Devers et al., (1994) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| Fletcher et al., (1984) | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | |
| Gillies et al., (1993) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| Hébert e Veil, (2004) | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Karmann et al., (2004) | | | ✓ | | | | | ✓ | |
| Lukas et al., (2002) | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Morrissey et al., (1999) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| Newhouse et al., (2003) | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | ✓ | ✓ |
| Reilly et al., (2003) | | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| Shukla, (1985) | | ✓ | ✓ | | | ✓ | | ✓ | |
| Simoens and Scott, (2001) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| Starfield et al., (1979) | | ✓ | ✓ | | | ✓ | | ✓ | |
| Wan et al., (2002) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ |
| Wan e Wang et al., (2003) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ |

Os inquéritos por questionários são a fonte mais utilizada nos estudos de medição do grau de integração (Strandberg-Larsen e Krasnik, 2009). As razões da utilização de um inquérito como instrumento para avaliar a percepção do grau de integração, deve-se a fatores como:

- Ser uma ferramenta eficaz e a mais utilizada em estudos para apurar o grau de integração, como mencionado por Ahgren e Axelsson, (2005) e Strandberg-Larsen e Krasnik, (2009).
- Possibilitar a análise de informação de uma forma metódica, facilitando a comparação entre instituições, permitindo uma melhor sistematização de resultados (Santana *et al.*, 2010).
- Permitir a obtenção de informação por parte de vários intervenientes das instituições de saúde (Santana *et al.*, 2010).

A integração de cuidados é baseada nas atitudes e comportamentos dos profissionais (Ahgren e Axelsson, 2005) e sabe-se que as suas experiências e percepções são uma mais valia para se avaliar e identificar os pontos de consenso e desacordo acerca do grau de integração de cuidados de saúde (Tsasis, Evans e Owen, 2012). Assim, realça-se a importância de envolver e promover a participação de vários agentes que convivem e trabalham diariamente nos serviços de saúde (Iñiguez *et al.*, 2009).

Os autores Roncero *et al.*, (2014) apontam ainda que a opinião dos profissionais de saúde é importante para os decisores políticos e responsáveis na área da saúde, sendo uma estratégia amplamente utilizada nos últimos anos.

Desta forma, faz sentido aplicar inquéritos para comparar o grau de percepção de vários profissionais, de diversos serviços, diferentes instituições e tipos de instituição (integradas ou não integradas), para fornecer uma perspetiva metodológica qualitativa com o intuito de gerar informações úteis aos responsáveis pelas tomadas de decisão (Iñiguez *et al.*, 2009).

4. Cuidados de saúde em Portugal

No estudo “Saúde em análise, uma visão para o futuro” (Deloitte, 2011), os autores referem que, nos últimos anos, Portugal assistiu a um conjunto de medidas e reformas com vista a melhorar a eficiência e eficácia do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Destacam a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, com a criação dos ACES e organização dos Centros de Saúde; a evolução da rede nacional hospitalar, a partir da concentração de hospitais em Centros Hospitalares, a criação de várias Unidades Locais de saúde pelo país; a expansão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; e o aparecimento de novas unidades hospitalares organizadas como Parcerias Público-Privadas.

O mesmo estudo identifica alguns problemas no sector da saúde, em Portugal. A insustentabilidade financeira do sistema de saúde e fragilidades do modelo de financiamento, o envelhecimento da população, a inovação tecnológica, a inadequação da distribuição de recursos humanos face às necessidades do país que provocam algumas ineficiências e a sobrecarga de responsabilidades do Estado, enquanto acionista, regulador e pagador, criando uma possível diminuição do seu desempenho nas funções que lhe são confiadas (Deloitte, 2011).

Como desafios de saúde para o sistema de saúde português, alguns autores referem que tendo em conta os problemas identificados, há formas de desenvolver soluções que podem promover um sistema de saúde mais eficiente. Realça-se a “necessidade de organização da oferta de cuidados de saúde do SNS”, onde se destacam algumas ações, que devem ser alvo de foco e trabalho (Deloitte, 2011; DGS, 2012):

- Um maior investimento nos cuidados de saúde primários e de proximidade;
- A passagem de alguns cuidados atualmente efetuados em meio hospitalar, que podem ser realizados nos cuidados de saúde primários, bem como a centralização de serviços em áreas de maior complexidade, de forma a garantir uma melhor alocação de recursos, melhores resultados clínicos e maior eficiência;
- A promoção da integração de cuidados, através da melhor articulação de cuidados entre os diferentes níveis do sistema de saúde.

É devido à complexidade dos sistemas de saúde que é importante haver uma procura constante das melhores soluções de organização e gestão das redes de prestação de cuidados de saúde, sendo indispensável respeitar os princípios da equidade e do acesso universal (ERS, 2015).

Assim, relacionando os desafios de saúde e o aumento da diferenciação de cuidados de saúde, surgiu a necessidade de criar uma gestão integrada dos recursos existentes em determinadas zonas geográficas (ERS, 2011), impondo-se um sistema no qual serviços e unidades de saúde estejam estruturados, funcionem e se articulem entre si (ERS, 2015).

Nos últimos anos tem sido efetuada uma reorganização da estrutura de oferta de cuidados em Portugal, onde surgem dois movimentos de integração de cuidados de saúde, a integração horizontal e a integração vertical.

4.1. Integração horizontal em Portugal

A criação de Centros Hospitalares ou Agrupamentos de Centros de Saúde são exemplos de integração horizontal (Santana *et al.*, 2014). Nestes casos existe apenas uma única entidade responsável pela gestão de organizações que prestam o mesmo nível de cuidados (Grone & Garcia-Barbero, 2001; Santana *et al.*, 2009).

Foi em 1999 que, no âmbito da adopção de modelos alternativos de gestão, que se estabeleceu, em Diário da República no ano de 1999, o Decreto-Lei n.º 284/99 respeitante à criação e funcionamento dos Centros Hospitalares (ERS, 2012). Cita-se do preâmbulo do Decreto-Lei n.º 284/99 “(...) que o papel desempenhado pelo SNS ao nível da prestação de cuidados de saúde diferenciados ficaria reforçado se alguns hospitais, em função da sua localização geográfica, respetivas valências e diferenciação tecnológica, fossem reestruturados através da sua integração em Centros Hospitalares, ou formassem grupos sujeitos a coordenação comum, o que, decerto, permitiria maior rendibilidade e eficiência na prestação de cuidados de saúde de que os cidadãos necessitam.”

A criação dos ACES foi efetuada através do Decreto-Lei n.º 28/2008 e publicado em Diário da República em 2008. Os ACES são definidos como “serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde e que têm por missão garantir a

prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.” (Portal da Saúde, 2008). Cada unidade pressupõe uma equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica, garantindo-se a cooperação entre as unidades funcionais do ACES (Portal da Saúde, 2008).

4.2. Integração vertical em Portugal

A criação das Unidades Locais de Saúde em Portugal, reforçou a importância da criação de um sistema de saúde verticalmente integrado. Foi em 1999, através do Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho, publicado em Diário da República, que se criou a ULS de Matosinhos com o objetivo de “proceder a uma reengenharia do sistema de saúde numa perspetiva organizacional, criando as condições de integração dos cuidados, coletivizando os problemas que hoje cada nível de cuidados enfrenta sozinho, partilhando responsabilidades e recursos.”

As ULS são unidades de natureza de integração vertical, que reúnem, numa única entidade, sob a mesma gestão, diferentes níveis de cuidados. Estas entidades são responsáveis pelo estado de saúde de determinada população e têm o objetivo de criar uma prestação e gestão integrada de todos os serviços e níveis de cuidados de saúde (ERS, 2015).

É objetivo das Unidades Locais de Saúde, daí a sua criação e necessidade, oferecerem cuidados de saúde que atendam às necessidades de uma população local, sejam acessíveis, abrangentes, focados no utente e que promovam a continuidade de cuidados entre os diferentes níveis de prestação (Ahgren e Axelsson, 2005, 2011).

As ULS apresentam algumas vantagens, ao nível da estrutura orgânica, da função estratégica e da função executiva, por permitirem explorar complementaridades e economias de escala e adequar melhor os cuidados às reais necessidades dos utentes. Acrescenta-se que a consolidação dos serviços de saúde sob a forma de Unidades Locais permite a elevação do nível de saúde da população residente a partir da obtenção de maiores ganhos em saúde, pela optimização de recursos e aproveitamento de sinergias, aspectos em que se fundamenta a sua criação e caracteriza o resultado da integração (Santana *et al.*, 2014).

Em Portugal existem atualmente oito ULS, representadas na Figura 2.

A criação da ULS de Matosinhos, ocorreu em 1999, seguindo-se a criação da ULS do Norte Alentejano (2007), a ULS do Alto Minho, a ULS do Baixo Alentejo e a ULS da Guarda em 2008, a ULS de Castelo Branco (2009); a ULS do Nordeste em 2011 e, em 2012, foi constituída a ULS do Litoral Alentejano, todas através de Decreto-Lei.



Figura 1 - Caracterização geográfica das ULS, em Portugal Continental (ERS, 2015)

5. Objetivo do estudo

O presente estudo é denominado de “Estudo sobre o Grau de Integração de Organizações de Saúde II (EGIOS II)”, por ser considerado uma sequência do estudo de Santana et al., (2010).

Serão utilizados os termos de “percepção do grau de integração”, “percepção de integração”, ou “percepção de não integração”, ao invés da utilização dos termos de “grau de integração” ou “integração”, uma vez que o estudo avalia a percepção de integração dos profissionais.

A avaliação da percepção do grau de integração dos profissionais das unidades de saúde em Portugal, permitirá obter resultados e conclusões que podem ser uma ferramenta útil aos gestores das instituições de saúde, decisores políticos e demais intervenientes das áreas de integração dos cuidados de saúde.

O presente estudo tem como objetivos:

- a) Determinar o atual grau de percepção de integração, dos profissionais das ULS;
- b) Comparar a percepção do grau de integração dos profissionais entre 2010 e 2015;
- c) Comparar a percepção do grau de integração dos profissionais que trabalham nas ULS e em instituições não organizadas em ULS;
- d) Identificar as áreas de maior e menor percepção de integração.

6. Metodologia

6.1. Instrumento de recolha de dados

No presente estudo, designado por EGIOS II, foi utilizado como instrumento de recolha de dados o inquérito do “Estudo sobre o Grau de Integração de Organizações de Saúde (EGIOS I)” dos autores Santana et al., (2010).

O EGIOS I efetuado em 2009-2010 avaliou a percepção do grau de integração dos profissionais de saúde que colaboravam nas 6 ULS existentes até à data. Para o efeito foi criado e validado um inquérito que permitiu avaliar esta percepção, com base na revisão de literatura, tendo sido estruturalmente adaptado do *Health System Integration Study* (HSIS) de (Gillies et al., 1993) citado por Santana et al., (2010).

As seis dimensões consideradas no EGIOS I, foram: Clínica, Informação, Normativa, Administrativa, Financeira, e Sistémica e estão definidas na Tabela 2.

Tabela 2 - Definição das dimensões de integração do EGIOS II, adaptado de Santana et al., (2010)

| Dimensões | Conceito |
|----------------|---|
| Clínica | Consiste na coordenação de práticas clínicas em torno de problemas específicos de saúde de cada doente de forma sustentável. |
| Informação | É a interligação automatizada de toda a atividade desenvolvida traduzida em dados e informação, com recurso a Tecnologias de Informação, que permitam tomar decisões estratégicas e operacionais com o menor grau de risco associado no sentido de gerar conhecimento organizacional. |
| Normativa | Quando a integração é reduzida a um conjunto de procedimentos e normas escritas conhecidas por todos os elementos que a constituem. Permite a uniformidade de procedimentos internos e o estabelecimento de um sistema de referência de valores comuns. |
| Administrativa | Consiste na coordenação e uniformização das atividades administrativas realizadas na organização. |
| Financeira | Corresponde à coordenação das atividades desenvolvidas na obtenção regular e oportuna dos recursos financeiros necessários ao funcionamento da organização, bem como à maximização de rendibilidade desses mesmos recursos ao longo do continuum de doença. |
| Sistémica | Prevê o planeamento estratégico numa lógica que integre os vários níveis de cuidados de forma a delinear estratégias eficazes para obter melhores resultados com os recursos existentes. |

O inquérito do EGIOS tem cinquenta e três perguntas fechadas e estão organizadas da seguinte forma, na Tabela 3:

Tabela 3 - Organização das questões do EGIOS

| Dimensão | Clínica | Informação | Normativa | Administrativa | Financeira | Sistémica | Total |
|--------------|---------|------------|-----------|----------------|------------|-----------|-------|
| N.º de Itens | 13 | 8 | 5 | 8 | 9 | 10 | 53 |

Com a adaptação do inquérito pretendia-se que este pudesse ser respondido por profissionais que possuíssem diferentes perspetivas e posições na organização, por forma a ser possível comparar a percepção de integração entre diferentes grupos de profissionais, tais como: membros do Conselho de Administração, Administradores e Gestores Hospitalares, Médicos de Especialidades Hospitalares e de Medicina Geral e Familiar.

A escala de resposta utilizada foi, tal como no estudo de base, uma escala de *Likert* com 5 opções, que pretende refletir a percepção dos inquiridos face ao que se pretende medir.

Na Tabela 4 está representada a escala utilizada:

Tabela 4 - Escala de Likert utilizada em EGIOS

| | |
|---|-------------------------------|
| 1 | De modo nenhum aplicável |
| 2 | Só em pequena parte aplicável |
| 3 | Em parte aplicável |
| 4 | Em grande parte aplicável |
| 5 | Totalmente aplicável |

O inquérito tem uma folha de rosto que descreve o projeto e contém um glossário de apoio, com as definições dos termos técnicos utilizados. O tempo estimado de resposta do inquérito é de 10 minutos.

Acrescenta-se que, no EGIOS I, após a fase de elaboração e adaptação do inquérito, foi efetuado um pré-teste, com o objetivo de aferir a perceptibilidade e clareza das questões incluídas no inquérito, à semelhança do que foi efetuado no HSIS. Efetuou-se também a validação do inquérito, no que respeita à fiabilidade e

validade do mesmo. A validade dos itens foi confirmada, possuindo consistência e fiabilidade interna. Desta forma, foi possível verificar que o inquérito apresentava boas propriedades métricas, justificando a sua utilização para a medição da percepção do grau de integração de cuidados de saúde, em Portugal (Barreto e Santana, 2010; Santana *et al.*, 2010).

6.2. Adaptações metodológicas do EGIOS II

Para corresponder aos objetivos propostos do presente trabalho, foram efetuadas algumas adaptações metodológicas ao inquérito que serviu como instrumento de recolha de dados. Foram incluídos novos destinatários institucionais e profissionais e foi alterado o modo de administração do inquérito.

Para comparar a percepção do grau de integração dos profissionais que trabalham nas ULS e em instituições não organizadas em ULS, denominadas de Não ULS, foi alargado o âmbito de inquiridos relativamente ao tipo de instituições. Assim, incluíram-se para além das ULS, Centros Hospitalares/Hospitais e ACES fora do âmbito organizacional ULS.

Tendo em conta o elevado número de instituições e profissionais da amostra, verificou-se a necessidade de aplicação do inquérito via online, através da plataforma *surveymonkey*. Assim, no que respeita ao modo de administração os inquéritos foram enviados para os emails dos profissionais, através de um interlocutor identificado em cada uma das instituições.

Relativamente aos tipos de inquiridos / grupos profissionais, devido a algumas recomendações identificadas por Santana *et al.*, (2010), no EGIOS II revelou-se a necessidade de incluir na amostra os profissionais de enfermagem, dos serviços hospitalares e cuidados de saúde primários.

No **ANEXO I** encontra-se um exemplo do inquérito aplicado aos profissionais das ULS. De referir que foram efetuadas mudanças de nomenclatura pontuais para os inquéritos relativos aos profissionais dos ACES e Centros Hospitalares / Hospitais.

Na Tabela 5 identificam-se as principais diferenças metodológicas entre o EGIOS I e o EGIOS II.

Tabela 5 - Diferenças metodológicas EGIOS I e EGIOS II

| Caraterísticas | | Descrição EGIOS I | Descrição EGIOS II | |
|----------------|---|---|---|-----------------------------|
| Desenho | Número de itens | 53 | 53 | |
| | Escala | Escala de Likert (1-5) | Escala de Likert (1-5) | |
| | Modo de administração | Inquérito auto-administrado (em papel) | Inquérito auto-administrado (acesso online) | |
| | Organizações | 6 Unidades Locais de Saúde | 7 Unidades Locais de Saúde | |
| | | | 8 Centros Hospitalares (5) / Hospitais (3) | |
| | | | 7 Agrupamentos de Centros de Saúde | |
| | Tipo de respondentes / Grupos Profissionais | Conselho de Administração | Conselho de Administração | Órgãos de Administração |
| | | Diretor Executivo | Diretor Executivo | |
| | | Conselho Clínico e de Saúde | Conselho Clínico e de Saúde | |
| | | Administradores e Gestores Hospitalares | Administradores e Gestores Hospitalares | Órgãos de Gestão Intermédia |
| | | Unidade de Apoio à Gestão (UAG) | Unidade de Apoio à Gestão (UAG) | |
| | | Médicos dos Serviços Hospitalares: Cirurgia Geral; Ginecologia/Obstetrícia; Medicina Interna; Pediatria | Médicos e Enfermeiros dos Serviços Hospitalares: Cirurgia Geral; Ginecologia/Obstetrícia; Medicina Interna; Pediatria | Serviços Hospitalares |
| | | Médicos das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) | Médicos e Enfermeiros das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) | Cuidados de Saúde Primários |
| | | Médicos das Unidades de Saúde Familiar (USF) | Médicos e Enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar (USF) | |

Procedeu-se a um pré-teste, antes da aplicação do inquérito, de forma a verificar a compreensão e clareza das questões, tendo em conta as adaptações acima mencionadas, como recomendado por (Hill e Hill, 2000). Através deste pré-teste verificou-se que o inquérito estava bem adaptado.

6.3. Seleção da amostra e população em estudo

Para a seleção da amostra, foram considerados critérios de inclusão. Os critérios de inclusão identificados têm em conta os objetivos do estudo e a representatividade regional das instituições escolhidas, em Portugal.

Critérios de inclusão, por Instituição:

- As ULS existentes até à data. De forma a permitir avaliar a percepção do grau de integração dos profissionais das 8 ULS a nível nacional.
- A distribuição geográfica dos Centros Hospitalares e Hospitais, sendo que foram selecionados um ou dois Centros Hospitalares ou Hospitais por cada uma das cinco Administrações Regionais de Saúde.
- Os Agrupamentos de Centros de Saúde que dizem respeito à área de influência dos Centros Hospitalares ou Hospitais selecionados.

A população em estudo abrangeu os colaboradores de 22 instituições (Unidades Locais de Saúde, Centros Hospitalares e Hospitais, Agrupamentos de Centros de Saúde), com vários respondentes, como representado na Tabela 6:

Tabela 6 - População em estudo do EGIOS II

| Tipo de instituição | Número | Tipo de respondentes |
|----------------------------------|--------|---|
| Unidades Locais de Saúde | 7 | Administradores e Gestores Hospitalares; Médicos e Enfermeiros dos serviços hospitalares de Cirurgia Geral, Ginecologia/Obstetrícia, Medicina Interna e Pediatria; Médicos e Enfermeiros das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e das Unidades de Saúde Familiar. |
| Centros Hospitalares e Hospitais | 5 e 3 | Conselho de Administração; Administradores e Gestores Hospitalares; Médicos e Enfermeiros dos serviços hospitalares de Cirurgia Geral, Ginecologia/Obstetrícia, Medicina Interna e Pediatria. |
| Agrupamentos de Centros de Saúde | 7 | Diretor Executivo; Conselho Clínico e de Saúde; Médicos e Enfermeiros das Unidade de Apoio à Gestão; Unidade de Cuidados Saúde Personalizados e das Unidade de Saúde Familiar. |

A representatividade da amostra, por tipo de instituição, de acordo com o número de respostas ao inquérito, encontra-se representada no Gráfico 1.

Do total da amostra, 22% dos inquiridos pertencem a Centros Hospitalares e Hospitais; 33% a Agrupamentos de Centros de Saúde; e 45% a Unidades Locais de Saúde, conforme disposto no Gráfico 1.

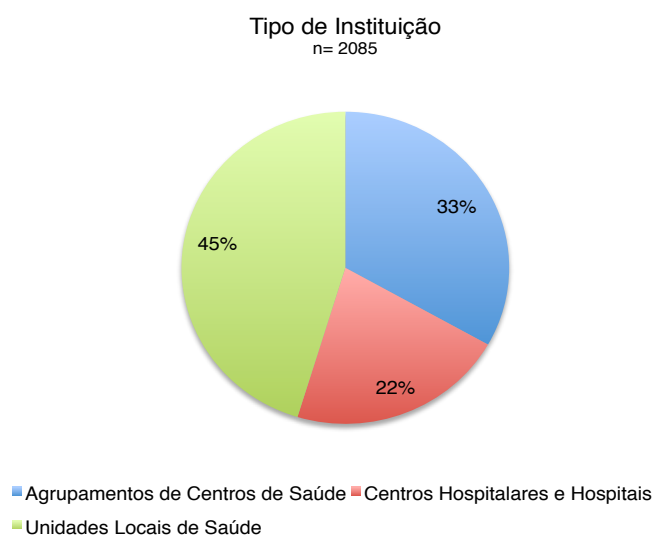


Gráfico 1 - População da Amostra, por Tipo de Instituição

No Gráfico 2 encontra-se a distribuição dos inquiridos por grupos profissionais, sendo que 56% dos inquiridos pertencem aos Cuidados de Saúde Primários; 34% aos Serviços Hospitalares; 6% e 4% a Órgãos de Gestão Intermédia e de Administração, respetivamente.



Gráfico 2 - População da amostra, por Grupos Profissionais

De um total de 7.774 inquéritos enviados foram obtidas 2.085 respostas, o que equivale a uma taxa de resposta de 27%, conforme disposto na Tabela 7. Tendo em conta a taxa de resposta obtida, pode afirmar-se que globalmente o estudo apresenta representatividade estatística, com um intervalo de confiança de 95%, segundo o National Statistical Service, (2015).

Tabela 7 - Número de Profissionais, de Respostas e Taxa de Resposta, por Tipo de Instituição

| Tipo de Instituição | Número de Profissionais | Número de respostas | Taxa de resposta |
|----------------------------------|-------------------------|---------------------|------------------|
| Agrupamentos de Centros de Saúde | 2.070 | 692 | 33% |
| Centros Hospitalares e Hospitais | 2.467 | 449 | 18% |
| Unidades Locais de Saúde | 3.237 | 944 | 29% |
| Total | 7.774 | 2.085 | 27% |

Na Tabela 8 estão representadas as taxas de resposta, por grupo profissional. Os Órgãos de Administração têm 86% de taxa de resposta, os Órgãos de Gestão Intermédia de 73%, sendo que os profissionais dos Serviços Hospitalares e dos Cuidados de Saúde Primários têm 18% e 33%, respetivamente.

Tabela 8 - Número de Profissionais, de Respostas e Taxa de Resposta, por Grupos Profissionais

| Grupos Profissionais | Número de Profissionais | Número de respostas | Taxa de resposta |
|-----------------------------|-------------------------|---------------------|------------------|
| Órgãos de Administração | 106 | 91 | 86% |
| Órgãos de Gestão Intermédia | 169 | 124 | 73% |
| Serviços Hospitalares | 3.971 | 711 | 18% |
| Cuidados de Saúde Primários | 3.528 | 1.159 | 33% |
| Total | 7.774 | 2.085 | 27% |

Na Tabela 9 encontram-se os números de respostas e taxas de resposta, por grupo profissional, da amostra total de 2.085 profissionais.

Identifica-se que os Médicos e Enfermeiros dos Serviços Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários representam, conjuntamente, 89% das respostas do inquérito.

Tabela 9 - Número e Taxa de resposta, por Grupos Profissionais

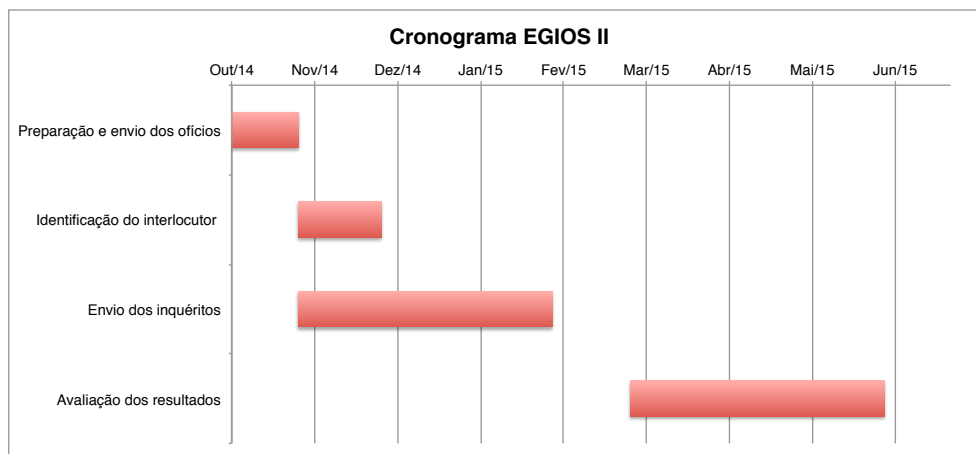
| Grupos Profissionais | Número de respostas | % representatividade |
|--|---------------------|----------------------|
| Órgãos de Administração e de Gestão Intermédia | 215 | 10% |
| Médicos Serviços Hospitalares | 204 | 10% |
| Médicos Cuidados de Saúde Primários | 427 | 20% |
| Enfermeiros Serviços Hospitalares | 496 | 24% |
| Enfermeiros Cuidados de Saúde Primários | 712 | 34% |
| Outros (em branco) | 31 | 1% |
| Total | 2.085 | 100% |

No **ANEXO II**, indicam-se os números de profissionais e as taxas de resposta, por instituição. Por motivos de confidencialidade, não se identificaram os nomes das instituições.

6.4. Fases de aplicação do EGIOS II

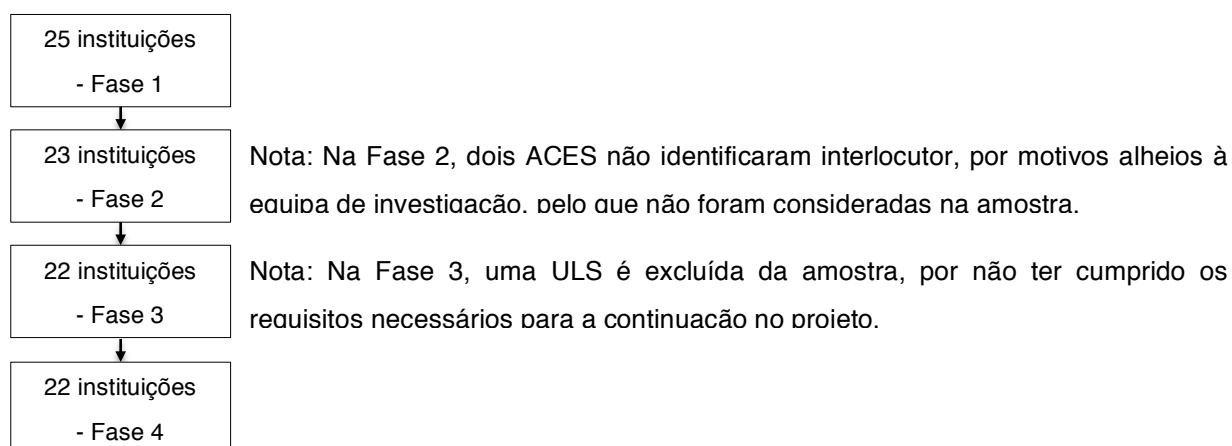
O presente estudo contempla 4 fases quanto à sua aplicação, decorridas entre outubro de 2014 e junho de 2015, descritas seguidamente e representadas no cronograma do Esquema 2:

- Fase 1: Preparação e envio dos ofícios;
- Fase 2: Identificação dos interlocutores;
- Fase 3: Envio dos inquéritos;
- Fase 4: Avaliação dos resultados.



Esquema 2 - Cronograma do EGIOS II

No Esquema 3 estão identificadas as Fases de aplicação do Projeto, onde se podem identificar o número de instituições seleccionadas inicialmente e o número de instituições final, da amostra. Nos subcapítulos seguintes, apresentam-se os detalhes de cada uma das fases.



Esquema 3 - Fases de aplicação do EGIOS II

6.4.1. Fase 1 – Preparação e envio dos ofícios

Durante o mês de outubro de 2014, foram preparados e enviados os ofícios pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) às 25 instituições identificadas, de acordo com os critérios de seleção. Os ofícios foram enviados aos Presidentes do Conselho de Administração das ULS; aos Presidentes do Conselho de Administração dos Centros Hospitalares e Hospitais. No caso dos ACES, os ofícios foram enviados às Administrações Regionais de Saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), uma vez que os ACES não têm autonomia administrativa e financeira.

Cada ofício continha a explicação do projeto, os objetivos, a metodologia, os destinatários, a equipa de investigação e a necessidade da definição de um interlocutor da instituição, por forma a facilitar a comunicação com a equipa de investigação do projeto **(ANEXO III)**.

6.4.2. Fase 2 – Identificação dos interlocutores

Para a boa execução do projeto, foi indispensável a existência de um interlocutor, em cada instituição, de forma a permitir um contacto direto e privilegiado. A nomeação do interlocutor, por instituição, era um pré-requisito para a continuidade do projeto.

Os interlocutores foram identificados entre novembro e dezembro de 2014. Após a sua identificação, todos os interlocutores foram contactados telefonicamente pela equipa de investigação para apresentação do estudo e identificação dos procedimentos necessários à sua execução. Nesta fase, duas instituições (ACES) não identificaram interlocutor pelo que não foram consideradas na população em estudo.

6.4.3. Fase 3 – Envio dos inquéritos

Cada interlocutor ficou responsável por preencher uma tabela **(ANEXO IV)**, previamente disponibilizada pelos investigadores, onde foi indicado o número de profissionais da instituição que cumpriam os critérios de inclusão no estudo. Após a

recepção da tabela acima referida, os investigadores enviaram, via e-mail, o *link* de acesso ao inquérito *online*, de maneira a ser reencaminhado e respondido pelos profissionais em questão.

Importa mencionar que uma das ULS não enviou a tabela solicitada, mesmo após várias insistências e contactos, pelo que não foi possível incluí-la na amostra em estudo.

Entre novembro de 2014 e fevereiro de 2015, todos os interlocutores foram contactados via e-mail e/ou telefone pela equipa de investigação do EGIOS II, por forma a apurar o número de profissionais que até ao momento tinha respondido ao inquérito. Desta forma poderiam voltar a enviar o e-mail aos profissionais, colocar o *link* de acesso ao inquérito na intranet, ou ainda falar com os diretores de serviço para contactarem os seus profissionais.

Nesta fase a ACSS contactou os representantes dos órgãos de administração das instituições que apresentavam menor taxa de resposta (inferior a 10 %).

De realçar que os prazos de preenchimento dos inquéritos foram prorrogados 4 vezes, com uma periodicidade de 15 dias, por forma a tentar-se aumentar a taxa de resposta. Esta decisão foi tomada em concordância entre a equipa de investigação e os interlocutores das instituições.

6.4.4. Fase 4 – Avaliação dos resultados

A avaliação e análise dos resultados decorreu de março a junho de 2015. Os dados analisados dizem respeito às respostas obtidas até março de 2015.

Os 53 itens do inquérito estão divididos em 6 dimensões, sendo que a dimensão clínica corresponde às questões 1 a 13; a dimensão informação às questões 14 a 21; a dimensão normativa da questão 22 à 26; a dimensão administrativa às questões 27 a 34; a dimensão financeira das questões 35 a 43; e a dimensão sistémica das questões 44 a 53.

Foi considerado para a análise de resultados que, a concentração de respostas do inquérito da escala de *Likert* 1 e 2 traduzem a Percepção de Não Integração e as opções 4 e 5 dizem respeito à Percepção de Integração. As respostas da opção 3,

do inquérito, não foram consideradas na análise, uma vez que não permitem obter conclusões concretas do grau de integração percebido pelos inquiridos.

Foram efetuados cálculos com base na média das respostas obtidas, nas categorias por dimensão de integração e por grupo profissional. Efetuou-se também o Top 5 dos itens que tiveram maior e menor taxa de resposta.

Quando são efetuadas comparações, como entre 2010 e 2015 ou ULS e Não ULS, os valores de acordo com a variação são apresentados por pontos percentuais (p.p.).

A partir da Tabela 10, identifica-se que a análise de resultados do presente estudo foi feita com base nos resultados de 2015 e por ULS e Não ULS. Foi efetuada também a comparação dos resultados obtidos em 2010 e 2015 para o universo das ULS e a comparação dos resultados das ULS e Não ULS do ano de 2015.

Tabela 10 - Plano de análise de resultados efetuados em EGIOS II

| Plano de análise de resultados | ULS 2015 | ULS 2010 e ULS 2015 | ULS 2015 e Não ULS 2015 |
|---|----------|------------------------|----------------------------|
| Análise de respostas por Dimensão | ✓ | ✓ | ✓ |
| Análise de respostas por Grupo Profissional | ✓ | ✓ | ✓ |
| Análise do Top 5 Itens selecionados | ✓ | x | ✓ |

Realça-se que foram apresentados os resultados preliminares do presente estudo, em formato de apresentação oral, no congresso “*International Conference on Integrated Care*”, em Março de 2015, em Edimburgo, com o tema “*Recent evolution of the level of integration on healthcare organizations*” (Santana *et al.*, 2015).

7. Resultados

O capítulo 7 está dividido em quatro partes, de forma a permitir uma melhor sistematização e organização dos resultados.

Cada subcapítulo pretende responder a cada um dos objetivos propostos no estudo.

Os subcapítulos 7.1., 7.2. e 7.3. estão organizados da seguinte forma:

- Apresentação das características do inquérito aplicado e a descrição da amostra;
- Apresentação da Percepção do grau de Integração, por Dimensão e por Grupo Profissional;
- Identificação das diferenças da Percepção de Não Integração e da Percepção de Integração, por Dimensões e por Grupos Profissionais.

No subcapítulo 7.4. estão representadas as cinco questões com maior e menor taxa de resposta, da Percepção de Não Integração e da Percepção de Integração, da amostra total do EGIOS 2015, por ULS em 2015 e por Não ULS em 2015.

Na análise dos resultados seguidamente apresentados, foi considerado que a concentração de respostas do inquérito da escala de *Likert* 1 e 2 traduzem a Percepção de Não Integração e as opções 4 e 5 dizem respeito à Percepção de Integração. As respostas da opção 3, do inquérito, não foram consideradas na análise de resultados, uma vez que não permitem tirar conclusões concretas do grau de integração percebido pelos inquiridos.

7.1. Atual grau de integração das Unidades Locais de Saúde

Os dados referentes a este subcapítulo têm como objetivo apresentar os resultados obtidos do inquérito EGIOS II, nomeadamente dos inquiridos que fazem parte das ULS em estudo.

Na Tabela 11 identificam-se os tipos de inquiridos, a amostra e a taxa de resposta. Os resultados, referentes aos inquiridos de 7 ULS apresentam uma taxa de resposta de 29%, do universo total da amostra. Nesta amostra estão representados profissionais dos órgãos de administração, dos órgãos de gestão

intermédia, médicos e enfermeiros de serviços hospitalares e médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários.

Tabela 11 – Características da amostra das ULS 2015

| Caraterísticas | | Descrição EGIOS II | |
|----------------|---|---|-----------------------------|
| Desenho | Tipo de respondentes / Grupos Profissionais | Conselho de Administração | Órgãos de Administração |
| | | Diretor Executivo | |
| | | Conselho Clínico e de Saúde | |
| | | Administradores e Gestores Hospitalares | Órgãos de Gestão Intermédia |
| | | Unidade de Apoio à Gestão (UAG) | |
| | | Médicos e Enfermeiros dos Serviços Hospitalares: Cirurgia Geral; Ginecologia/Obstetrícia; Medicina Interna; Pediatria | Serviços Hospitalares |
| | | Médicos e Enfermeiros das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) | Cuidados de Saúde Primários |
| | | Médicos e Enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar (USF) | |
| Aplicação | Organizações | 7 Unidades Locais de Saúde | |
| | | 8 Centros Hospitalares (5) / Hospitais (3) | |
| | | 7 Agrupamentos de Centros de Saúde | |
| | Número de respostas | 2085 | |
| | Taxa de resposta | 27% | |

Na tabela 12 está representada a Percepção dos profissionais das ULS, por dimensão e no total. As dimensões financeira e administrativa são as que apresentam um menor grau de integração, obtendo assim uma maior percentagem na coluna Percepção Não Integração, com 37% e 38%, respetivamente. Por outro lado, as dimensões informação e normativa apresentam uma maior Percepção de Integração, com 61% e 71%, respetivamente.

De realçar que a percepção de integração é superior em todas as dimensões, comparativamente com a percepção de não integração.

Tabela 12 - Percepção do Grau de Integração, por Dimensão

| Dimensões | ULS 2015 | |
|----------------|--------------------------|----------------------|
| | Percepção Não Integração | Percepção Integração |
| Clínica | 33% | 44% |
| Informação | 19% | 61% |
| Normativa | 12% | 71% |
| Administrativa | 38% | 39% |
| Financeira | 37% | 37% |
| Sistémica | 29% | 46% |
| Total | 29% | 48% |

Na Tabela 13 está representada a percepção do grau de integração por grupos profissionais, onde se identificam diferenças percepcionais de acordo com experiências e realidades diferentes.

Destaca-se a maior percentagem de Percepção de Não Integração dos médicos de serviços hospitalares e médicos dos cuidados de saúde primários, com 35% respectivamente em ambos os grupos profissionais. Os profissionais que apresentam melhores resultados de Percepção de Integração são os Órgãos de Gestão Intermédia com 55% e os Órgãos de Administração com 62%.

Identifica-se que a percepção de integração é superior em todas os grupos profissionais, comparativamente com a percepção de não integração.

Tabela 13 - Percepção do Grau de Integração, por Grupo Profissional

| Grupos Profissionais | ULS 2015 | |
|---|--------------------------|----------------------|
| | Percepção Não Integração | Percepção Integração |
| Órgãos de Administração | 17% | 62% |
| Órgãos Gestão Intermédia | 24% | 55% |
| Médicos (Hospital) | 35% | 43% |
| Enfermeiros (Hospital) | 28% | 48% |
| Médicos (Cuidados de Saúde Primários) | 35% | 43% |
| Enfermeiros (Cuidados de Saúde Primários) | 27% | 50% |

7.2. A evolução dos resultados entre 2010 e 2015

Seguidamente estão apresentados os resultados referentes que têm como objetivo comparar a evolução entre o inquérito aplicado em 2010 com o inquérito aplicado em 2015, em 6 Unidades Locais de Saúde.

Na Tabela 14, verifica-se o tipo de inquiridos, as características da amostra e as taxas de resposta, do estudo de 2010 (dados referentes ao estudo de (Santana *et al.*, 2010) e do presente estudo (2015).

Os resultados, referentes aos inquiridos das 6 Unidades Locais de Saúde, em 2010 apresentaram uma taxa de resposta de 51% e em 2015 de 34%.

Em ambas as amostras estão representados os profissionais dos órgãos de administração, os órgãos de gestão intermédia, médicos de serviços hospitalares e médicos dos cuidados de saúde primários.

Tabela 14 - Características das ULS 2010 e ULS 2015

| Caraterísticas | | Descrição (ULS 2010) | Descrição (ULS 2015) | |
|----------------|---|---|---|-----------------------------|
| Desenho | Tipo de respondentes / Grupos Profissionais | Conselho de Administração | Conselho de Administração | Órgãos de Administração |
| | | Diretor Executivo | Diretor Executivo | |
| | | Conselho Clínico e de Saúde | Conselho Clínico e de Saúde | |
| | | Administradores e Gestores Hospitalares | Administradores e Gestores Hospitalares | Órgãos de Gestão Intermédia |
| | | Unidade de Apoio à Gestão (UAG) | (UAG) | |
| | | Médicos dos Serviços Hospitalares: Cirurgia Geral; Ginecologia/Obstetrícia; Medicina Interna; Pediatria | Médicos dos Serviços Hospitalares: Cirurgia Geral; Ginecologia/Obstetrícia; Medicina Interna; Pediatria | Serviços Hospitalares |
| | | Médicos das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) | Médicos das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) | Cuidados de Saúde Primários |
| | | Médicos das Unidades de Saúde Familiar (USF) | Médicos das Unidades de Saúde Familiar (USF) | |
| Aplicação | Organizações | 6 Unidades Locais de Saúde | 6 Unidades Locais de Saúde | |
| | Número de respostas | 544 | 294 | |
| | Taxa de resposta | 51% | 34% | |

Na Tabela 15 é possível verificar a evolução da percepção do grau de integração entre 2010 e 2015, a partir dos dados das 6 ULS, em universos comparáveis.

Verifica-se que em 2010 as dimensões Financeira e Sistémica apresentaram um maior grau de Percepção de Não Integração, com 49% e 48%, respetivamente, e em 2015 foram as dimensões administrativa e financeira, ambas com 40%.

No que respeita ao grau de Percepção de Integração em 2010, destaca-se a dimensão Normativa com 46%. Em 2015 são as dimensões Informação e Normativa que apresentam um maior grau de Percepção de Integração com 59% e 65%, respetivamente.

Comparando o ano 2015 com o 2010 verifica-se uma diminuição de 13 p.p. relativamente à “Percepção de Não Integração, no total das dimensões”. Por outro lado, na “Percepção de integração” houve um aumento de 14 p.p. no que respeita ao total.

Realça-se o facto de em 2010 a percepção de não integração ser superior à percepção de integração, exceptuando na dimensão informação. Por outro lado, em 2015, regista-se o inverso, ou seja, a percepção de integração é sempre superior à percepção de não integração.

Tabela 15 - Percepção do Grau de Integração, por Dimensão, 2010 e 2015

| Dimensões | 2010 | | 2015 | |
|----------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| | Percepção Não Integração | Percepção Integração | Percepção Não Integração | Percepção Integração |
| Clínica | 44% | 31% | 39% | 39% |
| Informação | 47% | 31% | 20% | 59% |
| Normativa | 35% | 46% | 18% | 65% |
| Administrativa | 47% | 31% | 40% | 38% |
| Financeira | 49% | 29% | 40% | 39% |
| Sistêmica | 48% | 27% | 34% | 43% |
| Total | 46% | 31% | 33% | 45% |

O Gráfico 4 representa as variações do grau de “Percepção de Não Integração” e “Percepção de Integração” de 2010 para 2015, face às diferentes dimensões avaliadas no inquérito.

As dimensões que apresentam uma maior variação entre o grau de “Percepção de Não integração” são a Informação, com -27 p.p. de 2010 para 2015 e a Normativa com -18 p.p. No que respeita ao grau de “Percepção de Integração” nas dimensões Informação e Normativa houve um aumento do grau de percepção de integração com uma variação de 28 p.p. e 19 p.p., respetivamente.

Por outro lado, as dimensões que apresentam uma menor variação de “Percepção de Não Integração” são a Administrativa e Clínica com -7 p.p. e -5 p.p., respetivamente.

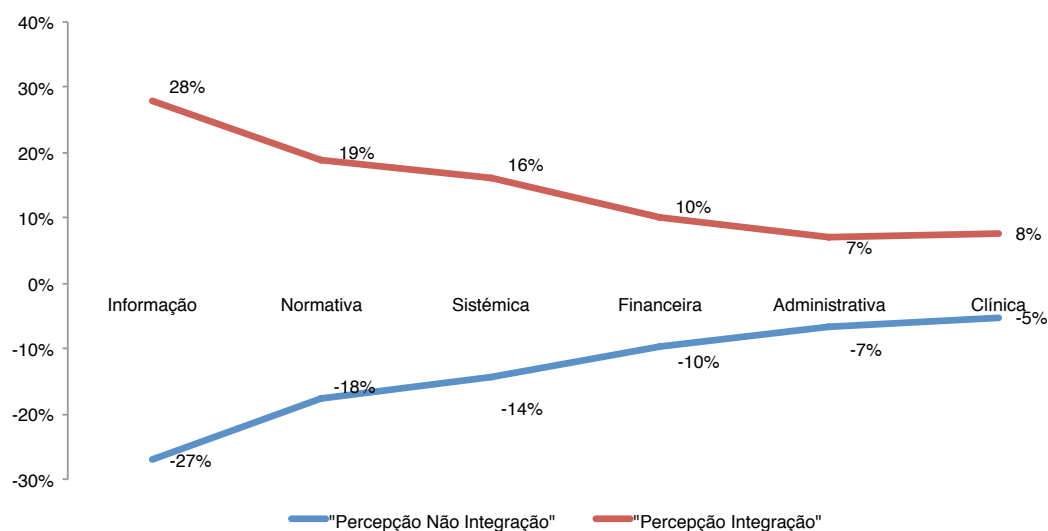


Gráfico 3 - Diferenças da Percepção de Não Integração e Percepção de Integração, por Dimensão, 2010 e 2015

A partir do Gráfico 5 identificam-se as diferenças percentuais existentes entre os resultados de 2010 e 2015, respeitante à percepção de integração do grau de “Percepção de Não Integração”. Destaca-se que a percepção de não integração em 2015 foi inferior em todas as dimensões, face aos resultados obtidos em 2010.

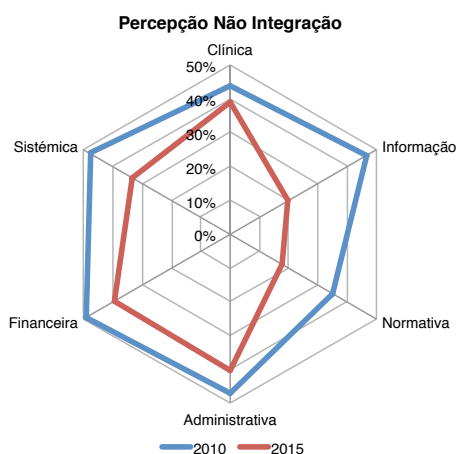


Gráfico 4 - Diferenças do grau de Percepção de Não Integração, de 2010 para 2015, por Dimensão

No Gráfico 6 estão representadas as diferenças percentuais no que respeita ao grau de Percepção de Integração, dos dados recolhidos em 2010 e 2015. No que respeita à “Percepção de Integração”, dos dados de 2010 e 2015, as dimensões Informação e Normativa, apresentam um aumento de 28 p.p. e 19 p.p. respetivamente. As dimensões Administrativa e Clínica apresentam um aumento de 7 p.p. e 8 p.p., respetivamente.

Em 2015 a percepção de integração é superior, em todas as dimensões, face aos resultados de 2010.

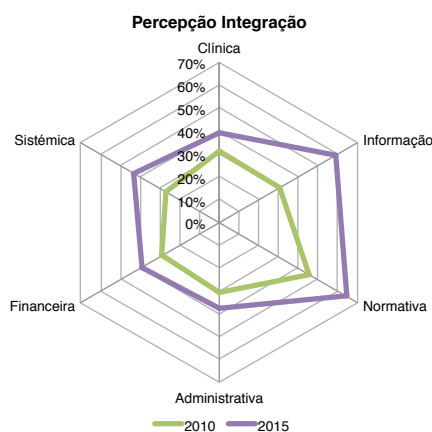


Gráfico 5 - Diferenças do grau de Percepção de Integração, de 2010 para 2015, por Dimensão

A Tabela 16, apresenta a percepção do grau de integração, por grupo profissional, permitindo comparar os resultados de 2010 e 2015.

Em 2010 e 2015, os Médicos dos Cuidados de Saúde Primários e dos Serviços Hospitalares são os que apresentam uma maior Percepção de Não Integração (48% e 44% em 2010 respetivamente e ambos 36%, em 2015).

Por outro lado, os Órgãos de Administração e os Órgãos de Gestão Intermédia, são os que apresentam maior Percepção de Integração, com 49% e 38% respetivamente em 2010, sendo que em 2015 apresentam 59% e 57% respetivamente.

Tabela 16 - Percepção do Grau de Integração, por Grupos Profissionais, 2010 e 2015

| Grupos Profissionais | 2010 | 2015 | 2010 | 2015 |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| | Percepção Não Integração | Percepção Não Integração | Percepção Integração | Percepção Integração |
| Órgãos de Administração | 29% | 21% | 49% | 59% |
| Órgãos de Gestão Intermédia | 40% | 23% | 38% | 57% |
| Médicos Serviços Hospitalares | 44% | 36% | 33% | 42% |
| Médicos Cuidados de Saúde Primários | 48% | 36% | 28% | 42% |

O Gráfico 7 apresenta as variações entre o grau de “Percepção Não Integração” e “Percepção Integração” dos diferentes Grupos Profissionais, quando se comparam os resultados obtidos em 2010 e 2015.

Dos dados recolhidos de 2010 e 2015, reflete-se uma diminuição do grau de “Percepção de Não Integração” nos Órgãos de Administração, Órgãos de Gestão Intermédia, Médicos de Serviços Hospitalares e Médicos de Cuidados de Saúde Primários. No que respeita ao grau de “Percepção Integração”, há um aumento, nos resultados dos quatro grupos profissionais, de 2010 para 2015.

Verifica-se que os Órgãos de Gestão Intermédia apresentam uma variação de -17 p.p., havendo uma redução da “Percepção de Não Integração”, e uma variação positiva de 19 p.p. na “Percepção de integração”, comparando os dados de 2010 e 2015. Os Médicos dos Serviços Hospitalares apresentam uma variação de -8 p.p. do grau de “Percepção Não Integração”, entre 2010 e 2015, e um aumento de 9 p.p. respeitante à “Percepção Integração”.

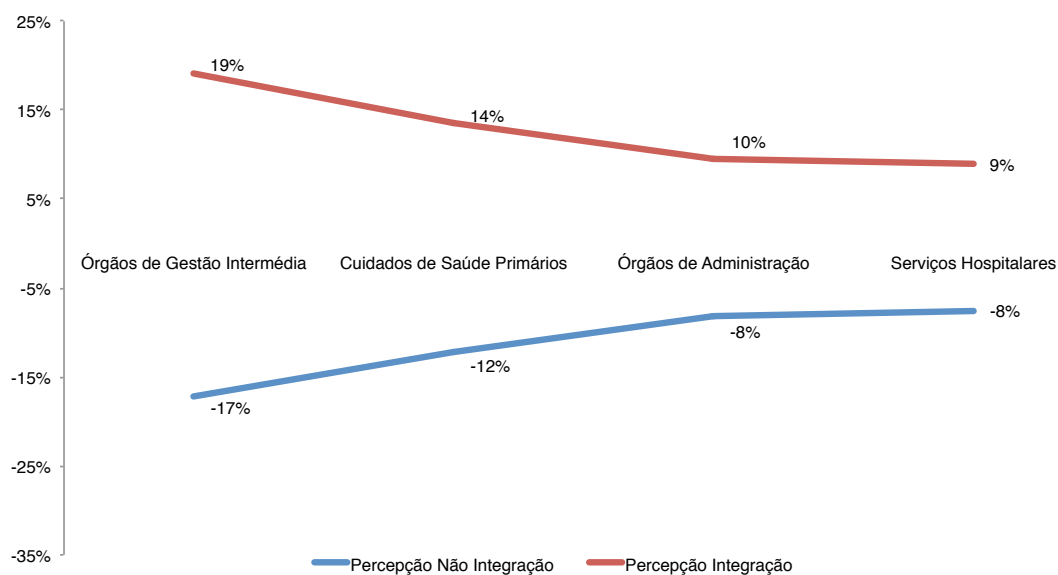


Gráfico 6 - Diferenças Percepção Não Integração e Percepção Integração, por Grupos Profissionais, de 2010 para 2015

No Gráfico 8 apresentam-se as variações de pontos percentuais existentes entre 2010 e 2015, no que respeita à “Percepção Não Integração”. Destaca-se que os Órgãos de Gestão Intermédia e os Cuidados de Saúde Primários apresentam variações de -17 p.p. e 12 p.p. de 2010 para 2015, ou seja, houve uma diminuição da Percepção de Não Integração. Por outro lado, os Órgãos de Administração e os Médicos dos Serviços Hospitalares apresentam um diminuição da Percepção de Não Integração em -8 p.p. e -8 p.p., respetivamente.

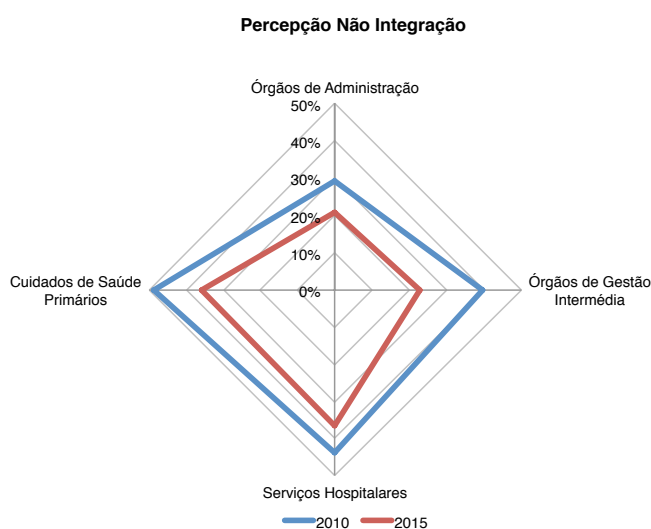


Gráfico 7 - Diferenças Percepção Não Integração, 2010 para 2015, por Grupo Profissional

No Gráfico 9, comparam-se os resultados obtidos em 2010 com os resultados de 2015, relativamente ao grau de “Percepção Integração”. De notar que, por grupo profissional, os dados mostram que houve um aumento nos quatro grupos profissionais, no espaço temporal mediado.

Os Órgãos de Gestão Intermédia aumentaram de 38% para 57% (19 p.p.), os Médicos dos Cuidados de Saúde Primários de 28% para 42% (14 p.p.). Os Órgãos de Administração tiveram um aumento de 49% para 59% (10 p.p.), sendo o grupo com maior percepção de integração, no total das dimensões avaliadas. Ainda, os Médicos dos Serviços Hospitalares passaram de 33% para 42% (9 p.p.).

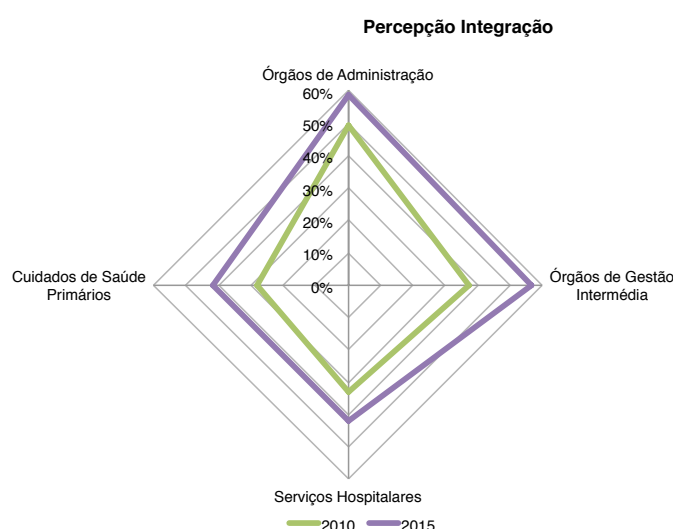


Gráfico 8 - Diferenças Percepção Integração, 2010 para 2015, por Grupo Profissional

7.3. Comparação do grau de integração entre ULS e Não ULS

Os resultados apresentados no seguinte subcapítulo comparam as respostas obtidas pelos profissionais das Instituições organizadas em ULS, com as respostas dos inquiridos das Instituições da população em estudo das Não ULS.

Na Tabela 17, identificam-se as características dos inquiridos tanto nas ULS como nas Não ULS, o número de respostas e a respetiva taxa de resposta. O número de respostas nas ULS foi de 944, com uma taxa de resposta de 29%, enquanto que nas Não ULS apresentaram 1.141 respostas e uma taxa de resposta de 25%. As Não ULS têm um maior número de colaboradores, na sua totalidade.

Tabela 17 - Características das ULS 2015 e Não ULS 2015

| Caraterísticas | | Descrição (ULS 2015) | Descrição (Não ULS 2015) | |
|----------------|---|---|---|-----------------------------|
| Desenho | Tipo de respondentes / Grupos Profissionais | Conselho de Administração | Conselho de Administração | Órgãos de Administração |
| | | Diretor Executivo | Diretor Executivo | |
| | | Conselho Clínico e de Saúde | Conselho Clínico e de Saúde | |
| | | Administradores e Gestores | Administradores e Gestores | Órgãos de Gestão |
| | | Unidade de Apoio à Gestão (UAG) | Unidade de Apoio à Gestão (UAG) | |
| | | Médicos e Enfermeiros dos Serviços Hospitalares: Cirurgia Geral; Ginecologia/Obstetria; Medicina Interna; Pediatria | Médicos e Enfermeiros dos Serviços Hospitalares: Cirurgia Geral; Ginecologia/Obstetria; Medicina Interna; Pediatria | Serviços Hospitalares |
| | | Médicos e Enfermeiros das Unidades de Cuidados de Saúde | Médicos e Enfermeiros das Unidades de Cuidados de Saúde | Cuidados de Saúde Primários |
| | | Médicos e Enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar (USF) | Médicos e Enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar (USF) | |
| Aplicação | Organizações | 7 Unidades Locais de Saúde | 8 Centros Hospitalares (5) / 7 Agrupamentos de Centros de | |
| | Número de respostas | 944 | 1141 | |
| | Taxa de resposta | 29% | 25% | |

Na Tabela 18 apresenta-se a comparação do grau de percepção dos profissionais das ULS e Não ULS, por dimensão.

Os profissionais das ULS apresentam percentagens inferiores, na “Percepção Não Integração”, em todas as dimensões e no total, quando comparados os resultados da “Percepção Não Integração” dos profissionais das Não ULS. Por outro lado, no que respeita à “Percepção Integração”, os profissionais das ULS apresentam, em todas as dimensões e no total, um maior grau de “Percepção Integração”, quando comparados com os profissionais das Não ULS, que apresentam um menor grau de Percepção Integração”.

Tabela 18 - Percepção do Grau de Integração, por Dimensões, ULS e Não ULS

| Dimensões | ULS | | Não ULS | |
|----------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| | Percepção Não Integração | Percepção Integração | Percepção Não Integração | Percepção Integração |
| Clínica | 32% | 44% | 60% | 22% |
| Informação | 19% | 61% | 49% | 25% |
| Normativa | 12% | 71% | 64% | 20% |
| Administrativa | 38% | 39% | 76% | 10% |
| Financeira | 37% | 37% | 68% | 12% |
| Sistémica | 29% | 46% | 57% | 15% |
| Total | 29% | 48% | 62% | 18% |

O Gráfico 10 compara a “Percepção Não Integração” dos profissionais das ULS e Não ULS, por dimensão. De destacar que os profissionais das Instituições não ULS apresentam, nas seis dimensões, um maior grau de percepção de não integração. A dimensão Administrativa apresenta uma percepção de não integração nas ULS de 38% e nas Não ULS de 76%, havendo uma diferença de 38 p.p. Por outro lado, a dimensão Normativa uma percepção de não integração nas ULS de 12% e de 64 % nas Não ULS, com uma diferença de 52 p.p.

Pode identificar-se que a percepção de não integração nas Não ULS é superior em todas as dimensões comparativamente às ULS.

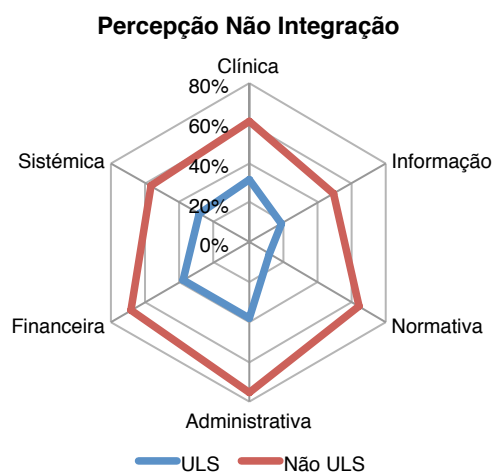


Gráfico 9 - Diferenças Percepção Não Integração, ULS e Não ULS, por Dimensão

A partir do Gráfico 11 verifica-se que os profissionais das Não ULS têm um grau de “Percepção de Integração” inferior, em todas as dimensões, quando comparadas as respostas dos profissionais das ULS.

As dimensões Informação (61% e 25%) e Normativa (71% e 20%) apresentam respetivamente diferenças de 36 p.p. e 51 p.p. entre as ULS e Não ULS. As menores diferenças de percepção estão representadas na dimensão Sistémica com 31 p.p. (46%, ULS e 15%, Não ULS), dimensão Financeira com 25 p.p. (37%, ULS e 12%, Não ULS) e dimensão Clínica com 22 p.p. (44%, ULS e 22%, Não ULS).

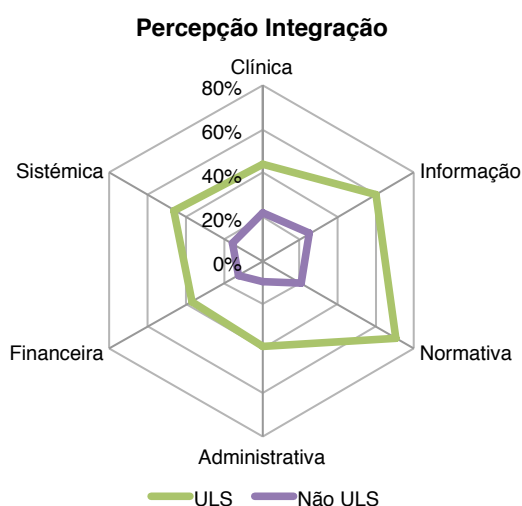


Gráfico 10 - Diferenças Percepção Integração, ULS e Não ULS, por Dimensão

Na Tabela 19 apresenta-se a comparação do grau de percepção dos profissionais das ULS e Não ULS, por Grupos Profissionais.

Verifica-se que os seis Grupos Profissionais das ULS apresentam uma menor Percepção de Não Integração e uma maior Percepção de Integração, comparativamente aos Grupos Profissionais das Não ULS.

Tabela 19 - Percepção do Grau de Integração, por Grupo Profissional, ULS e Não ULS

| Grupos Profissionais | ULS | | Não ULS | |
|---|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| | Percepção Não Integração | Percepção Integração | Percepção Não Integração | Percepção Integração |
| Órgãos de Administração | 17% | 62% | 51% | 29% |
| Órgãos Gestão Intermédia | 24% | 55% | 62% | 18% |
| Médicos (Serviços Hospitalares) | 35% | 43% | 56% | 20% |
| Enfermeiros (Serviços Hospitalares) | 28% | 48% | 49% | 27% |
| Médicos (Cuidados de Saúde Primários) | 35% | 43% | 62% | 18% |
| Enfermeiros (Cuidados de Saúde Primários) | 27% | 50% | 58% | 19% |

No Gráfico 12 estão representadas as percentagens do grau de Percepção Não Integração, dos profissionais das ULS e Não ULS.

O grau de Percepção de Não Integração dos profissionais das Não ULS é superior, em todos os Grupos Profissionais, comparativamente à percepção dos profissionais das ULS, que é menor.

Nas ULS, os Médicos dos Serviços Hospitalares e dos Cuidados de Saúde Primários têm 35% e 35% quanto à Percepção de Não Integração, respetivamente. Em contrapartida, os Órgãos de Administração, das ULS, têm uma Percepção de Não Integração de 17%.

Respeitante às Não ULS, os Órgãos de Gestão Intermédia e os Médicos dos Cuidados de Saúde Primários, apresentam ambos 62% quanto à Percepção de Não Integração.

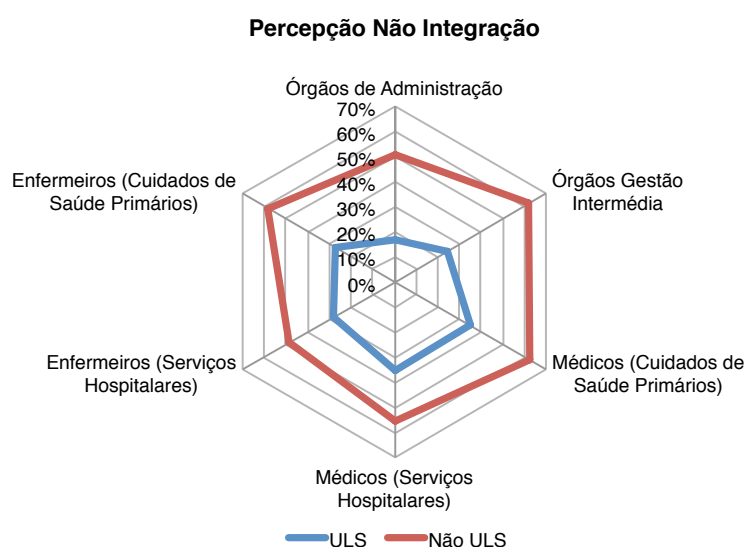


Gráfico 11 - Diferenças Percepção Não Integração, ULS e Não ULS, por Grupo Profissional

No Gráfico 13 estão representadas as percentagens do grau de Percepção Integração, dos profissionais das ULS e Não ULS.

No que respeita à Percepção de Integração, os Grupos Profissionais das ULS apresentam um maior grau de percepção, comparativamente com os Grupos Profissionais das Não ULS.

Os Órgãos de Administração apresentam uma percepção de 62% nas ULS e 29% nas Não ULS, enquanto que os Órgãos de Gestão Intermédia têm uma percepção de 55% nas ULS e 18% nas Não ULS, sendo assim os Grupos onde se verifica uma maior diferença de percepção entre ULS e Não ULS.

Acrescenta-se o facto de os Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (50%, ULS e 19%, Não ULS) apresentarem maior Percepção de Integração comparativamente com os Médicos dos Cuidados de Saúde Primários (43%, ULS e

18%, Não ULS). Ainda, os Enfermeiros dos Serviços Hospitalares têm maior grau de Percepção de Integração quando comparados com os Médicos dos Serviços Hospitalares, com 48% nas ULS e 27% nas Não ULS (Enfermeiros); 43% nas ULS e 20% nas Não ULS (Médicos).

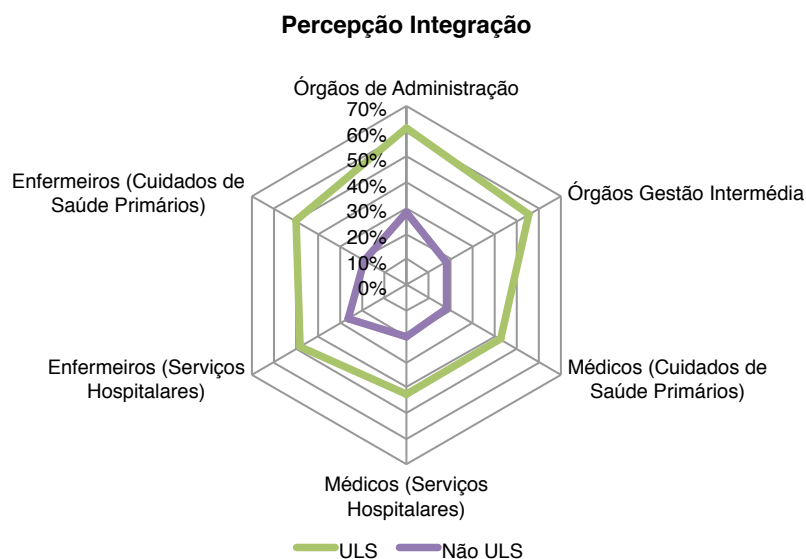


Gráfico 12 - Diferenças Percepção Integração, ULS e Não ULS, por Grupo Profissional

7.4. Resultados Top 5 Itens

A partir das tabelas apresentadas no subcapítulo 7.4. identificam-se os 5 itens que têm uma maior percentagem de resposta ao nível da percepção de não integração e percepção de integração, pela amostra total, por ULS e por Não ULS.

Na discussão de resultados são efetuadas comparações entre os itens selecionados nas ULS e Não ULS.

Dos itens que apresentam menor grau de percepção de integração determinaram-se algumas das recomendações apresentadas no subcapítulo 8.3.

7.4.1. Top 5 Itens da amostra total do EGIOS II

Na Tabela 15 estão representadas as 5 questões que apresentam uma maior percentagem de resposta, da totalidade dos inquiridos do EGIOS II e que consideraram as opções 1 e 2 do inquérito, ou seja, a Percepção de Não Integração.

Pode verificar-se que, como indicam os resultados anteriormente apresentados, são as dimensões financeira, administrativa e clínica que apresentam um maior grau de percepção de não integração entre os inquiridos. A partir destes dados podem identificar-se quais as questões que merecem maior atenção e necessidade de esforços para aumentar a percepção de integração.

Tabela 20 - Top 5 Itens da Amostra Total, Percepção Não Integração

| Item | Descrição | Dimensão | % |
|------|--|----------------|-----|
| Q36 | No meu ACES e Hospital da área de referência conheço os custos totais das principais patologias da área de influência | Financeira | 74% |
| Q37 | Existe disponível a todo o momento, informação sobre os custos de cada doente ao longo de todo o processo de produção entre o ACES e o Hospital da área de referência (episódio) | Financeira | 75% |
| Q30 | Existe uma política salarial e de incentivos que é global para o ACES e o Hospital de referência | Administrativa | 75% |
| Q9 | Entre o meu ACES e o Hospital da área de referência, para cada doente é habitualmente atribuído um "gestor de caso" | Clínica | 76% |
| Q31 | A remuneração dos profissionais contém incentivos dirigidos à cooperação entre as diferentes unidades funcionais que integram o ACES e o Hospital da área de referência. | Administrativa | 83% |

Na Tabela 16, podem verificar-se as 5 questões que apresentam uma maior percentagem de resposta, quanto à Percepção de Integração, ou seja as opções 4 e 5 do inquérito.

Destacam-se as dimensões informação e normativa, apresentando duas questões cada, com elevado grau de percepção de integração.

Ainda, a Questão 4 referente à dimensão clínica, onde se identifica uma taxa de resposta de 83%, entre os inquiridos, pode assim verificar-se que a maioria dos profissionais revelam que as suas equipas de trabalho são constituídas por profissionais com diferentes formações académicas.

Tabela 21 - Top 5 Itens da Amostra Total, Percepção Integração

| Item | Descrição | Dimensão | % |
|------|---|------------|-----|
| Q16 | Existe acesso à informação necessária em qualquer posto de trabalho do ACES (independentemente da sua localização física) | Informação | 49% |
| Q21 | Existe intranet comum a todo o ACES e o Hospital da área de referência | Informação | 52% |
| Q24 | As principais unidades funcionais do ACES têm um regulamento interno específico | Normativa | 59% |
| Q25 | Os objetivos e as metas assumidas pelas diferentes unidades funcionais encontram-se devidamente estabelecidos em documentação normativa (carta de compromisso, contrato, etc.). | Normativa | 59% |
| Q4 | As equipas de trabalho são constituídas por profissionais com diferentes formações académicas (enfermagem, técnicos de saúde, administrativos, auxiliares, etc.). | Clínica | 83% |

7.4.2. Top 5 Itens das Unidades Locais de Saúde

A partir dos resultados apresentados na Tabela 17 podem identificar-se as 5 questões que apresentam uma maior percentagem de resposta, segundo os resultados dos inquiridos das ULS, e que consideraram as opções 1 e 2 do inquérito (Percepção de Não Integração).

Com esta análise destaca-se, como referido nos resultados, que as dimensões clínica, financeira e administrativa são as que apresentam um menor grau de percepção de integração.

As questões da dimensão financeira estão relacionadas com os custos do processo de prestação de cuidados e das principais patologias da área de referência. As questões da dimensão administrativa referem-se às políticas

salariais e incentivos aos profissionais. No caso da Questão 9, da dimensão clínica, identifica-se que há uma percepção de não integração de 55 % dos inquiridos das ULS, referente à atribuição de um “gestor de caso”, para cada doente.

Uma melhor percepção de integração pode estar relacionada a uma melhor integração efetiva, neste sentido é importante fazerem-se esforços para proceder a melhorias na integração de cuidados.

Tabela 22 - Top 5 Itens, das ULS, Percepção de Não Integração

| Item | Descrição | Dimensão | % |
|------|---|----------------|-----|
| Q9 | Na minha ULS, para cada doente é habitualmente atribuído um “gestor do caso”. | Clinica | 55% |
| Q36 | Na minha ULS conheço os custos totais das principais patologias da área de influência. | Financeira | 59% |
| Q30 | Existe uma política salarial e de incentivos que é global para a ULS. | Administrativa | 59% |
| Q37 | Existe disponível a todo o momento, informação sobre os custos de cada doente ao longo de todo o processo de prestação de cuidados na ULS (episódio). | Financeira | 63% |
| Q31 | A remuneração dos profissionais contém incentivos dirigidos à coordenação e cooperação entre as diferentes unidades funcionais que integram a ULS. | Administrativa | 72% |

Segundo os resultados dos inquiridos das ULS e que consideraram as opções 4 e 5 do inquérito (Percepção de Integração), na Tabela 18, estão representadas as 5 questões que apresentam uma maior percentagem de resposta.

As 2 questões da dimensão normativa, relacionadas com o diploma legal e regulamento interno são um requisito obrigatório nas ULS. Por outro lado, as questões relacionadas com as dimensões clínica e informação respeitam as políticas e recomendações previstas para as unidades verticalmente integradas.

Tabela 23 - Top 5 Itens, das ULS, Percepção de Integração

| Item | Descrição | Dimensão | % |
|------|---|------------|-----|
| Q22 | A gestão conjunta de diferentes níveis de cuidados de saúde a cargo da ULS encontra-se estabelecida através de diploma legal. | Normativa | 76% |
| Q20 | Todos os profissionais dispõem de <i>email</i> e de acesso aos contactos dos restantes profissionais da ULS. | Informação | 75% |
| Q23 | A ULS tem um regulamento interno que foi aprovado e se encontra em vigor. | Normativa | 80% |
| Q4 | As equipas de trabalho são constituídas por profissionais com diferentes formações académicas (enfermagem, técnicos de saúde, administrativos, auxiliares, etc.). | Clinica | 82% |
| Q21 | Existe uma <i>intranet</i> comum a toda a ULS. | Informação | 88% |

7.4.3. Top 5 Itens das Não Unidades Locais de Saúde

Na Tabela 19, podem identificar-se os 5 Itens com maior percentagem de resposta, dos profissionais das Não ULS, que consideraram as opções 1 e 2 do inquérito (Percepção de Não Integração).

Uma vez que os ACES e Hospitais, aqui denominados de Não ULS, apresentam uma cultura de integração horizontal e não de integração vertical, verifica-se um menor grau de integração no que respeita às dimensões financeira e administrativa.

Relativamente à Questão 9 (dimensão clínica), relativa à atribuição do gestor de caso a cada doente, importa mencionar que são conhecidos os benefícios da sua existência, como apresentado na discussão de resultados.

Tabela 24 - Top 5 Itens, das Não ULS, Percepção de Não Integração

| Item | Descrição | Dimensão | % |
|------|---|----------------|-----|
| Q37 | Existe disponível a todo o momento, informação sobre os custos de cada doente ao longo de todo o processo de produção entre o ACES e o Hospital da área de referência (episódio). | Financeira | 86% |
| Q36 | No meu ACES e Hospital da área de referência conheço os custos totais das principais patologias da área de influência. | Financeira | 87% |
| Q30 | Existe uma política salarial e de incentivos que é global para o ACES e o Hospital de referência. | Administrativa | 89% |
| Q31 | A remuneração dos profissionais contém incentivos dirigidos à cooperação entre as diferentes unidades funcionais que integram o ACES e o Hospital da área de referência. | Administrativa | 92% |
| Q9 | Entre o meu ACES e o Hospital da área de referência, para cada doente é habitualmente atribuído um "gestor de caso". | Clínica | 92% |

O Top dos 5 Itens, dos profissionais das Não ULS, que selecionaram as opções 4 e 5 do inquérito (Percepção de Integração), estão representados na Tabela 20.

Embora estejam representadas como questões com maior grau de integração percebido pelos profissionais das Não ULS, as questões 5, 16, 25 e 24 relativas às dimensões clínica, informação, normativa e normativa, apresentam percentagens iguais ou inferiores a 51%. Este facto pressupõe que o grau de percepção de integração nestas questões não é consensual entre os profissionais.

Tabela 25 - Top 5 Itens, das Não ULS, Percepção de Integração

| Item | Descrição | Dimensão | % |
|------|---|------------|-----|
| Q5 | As atividades e os serviços de natureza clínica encontram-se coordenados entre as unidades funcionais. | Clínica | 38% |
| Q16 | Existe acesso à informação necessária em qualquer posto de trabalho do ACES (independentemente da sua localização física) | Informação | 43% |
| Q25 | Os objetivos e as metas assumidas pelas diferentes unidades funcionais encontram-se devidamente estabelecidos em documentação normativa (carta de compromisso, contrato, etc.). | Normativa | 49% |
| Q24 | As principais unidades funcionais do ACES têm um regulamento interno específico | Normativa | 51% |
| Q4 | As equipas de trabalho são constituídas por profissionais com diferentes formações académicas (enfermagem, técnicos de saúde, administrativos, auxiliares, etc.). | Clínica | 84% |

8. Discussão

8.1. Discussão metodológica

A discussão metodológica encontra-se dividida em 3 partes e pretende responder a 3 questões: se a escolha do instrumento de recolha de dados foi a adequada, a relação da aplicação dos inquéritos via *online com a taxa de resposta* e as diferenças entre grupos profissionais.

8.1.1. A escolha do instrumento de recolha de dados

No domínio da investigação em ciências sociais e humanas, o inquérito é uma das metodologias mais recorrentemente utilizadas (Ferreira e Campos, 2009).

Segundo Ahgren e Axelsson, (2005); Strandberg-Larsen e Krasnik, (2009) os inquéritos por questionários são a fonte mais utilizada nos estudos de medição do grau de integração.

Existem vantagens e desvantagens na utilização de inquéritos comparativamente com outros instrumentos de recolha de dados, nomeadamente as entrevistas.

Como vantagens da utilização de inquéritos destacam-se (Almeida, 1994; Maciel, Nunes e Claudino, 2014; Phellas, Bloch e Seale, 2011):

- A facilidade de recolha de informação visto que pode ser aplicado a um elevado número de inquiridos;
- A possibilidade de determinar a validade, fiabilidade e significância estatística do inquérito;
- É possível fazer comparações entre as respostas dos inquiridos;
- Possibilita a generalização dos resultados da amostra à totalidade da população;
- Pode ser aplicado via *online*;
- É menos dispendioso e menos moroso na aplicação.

Por outro lado, como desvantagens apresentam-se (Almeida, 1994; Phellas, Bloch e Seale, 2011):

- Depende da capacidade de resposta e interpretação dos inquiridos;
- Caso a amostra não seja representativa, a população e as suas características podem não ser aferidas;

- As respostas ao inquérito podem ser superficiais, não sendo possível captar as diferenças de opinião significativas entre os inquiridos.

As vantagens da utilização da entrevista, como instrumento de recolha de dados, são (Almeida, 1994; Tsasis et al., 2012):

- Aprofundamento da percepção dos inquiridos, em cada uma das questões;
- Possibilita a obtenção de respostas mais completas;
- Permite a explicitação das perguntas, por parte do entrevistador.

Quanto às desvantagens da utilização da entrevista, destacam-se (Almeida, 1994):

- A dificuldade de se fazerem generalizações;
- Implica interações diretas com os inquiridos;
- As respostas podem ser condicionadas caso a condução das entrevistas seja diferente;
- Pode ser mais dispendioso e moroso na aplicação.

Tendo em conta as vantagens e desvantagens da utilização de inquéritos e entrevistas, destaca-se que no presente estudo, foi utilizado o inquérito por questionário como metodologia de recolha de dados.

No estudo EGIOS I de Santana et al., (2010), foi utilizado um inquérito como instrumento de recolha de dados, tendo sido estruturalmente adaptado do *Health System Integration Study* (HSIS) de Gillies et al., (1993) e validado para o contexto do sistema de saúde português. O presente estudo pode ser considerado uma sequência do EGIOS I, por isso utilizou-se o mesmo instrumento, com algumas adaptações.

A escala utilizada no inquérito do presente estudo, foi a escala de *Likert* de cinco pontos visto que permite uma análise de resultados por proporções. A medida de “Percepção Não Integração” diz respeito ao 1 e 2 da escala, sendo que a medida de “Percepção Integração” é respeitante aos números 4 e 5 da escala. A opção 3 da escala, não foi considerada na análise de resultados por ser ambígua e não permitir obter um resultado concreto acerca da percepção dos inquiridos.

A utilização desta escala é corroborada por Dalmoro e Vieira, (2014), uma vez que compararam a confiabilidade de resultados, a partir da utilização de uma escala tipo Likert de três, cinco e sete pontos. Os autores verificaram que a escala de cinco pontos é mais confiável que a escala de três pontos e mais fácil e rápida que a escala de sete pontos.

8.1.2. A aplicação do inquérito via *online*

A administração de inquéritos pode ser efetuada em papel ou via *online*.

A utilização da internet como uma ferramenta de investigação tem vindo a aumentar (Braithwaite *et al.*, 2003). Há 15 anos, Couper, (2000) referia que os inquéritos *online* viriam a substituir as metodologias tradicionais de inquéritos de recolha de dados, como o papel. Hohwü *et al.*, (2013) mencionam que os inquéritos *online* são uma alternativa aos inquéritos em papel, quando aplicados em estudos epidemiológicos e com profissionais de saúde como inquiridos.

Existem inúmeras vantagens associadas à utilização das tecnologias de informação na aplicação de inquéritos (Nulty, 2008; Watt *et al.*, 2002)

Podem ser as seguintes vantagens na aplicação de inquéritos via online (Couper, 2000; Watt *et al.*, 2002; AHRQ, 2004; Dykema *et al.*, 2013):

- Simplificação da logística no que respeita à impressão, envio e recolha dos inquéritos;
- Permite que as respostas sejam copiadas automaticamente para uma base de dados, evitando erros na inserção de dados manualmente;
- Permite que os dados sejam obtidos de uma forma mais rápida e eficaz;
- Possibilita o envio de lembretes para aumentar a taxa de resposta.

Por outro lado, podem ser desvantagens da sua utilização (Couper, 2000; AHRQ, 2004):

- O acesso limitado, de alguns inquiridos, à internet.
- A dificuldade de acesso ao email institucional. Podem haver colaboradores sem conta de email institucional, que não o consultam, ou que têm a caixa de correio cheia;

- A existência de computadores, no local de trabalho, que não permitem aceder à página do inquérito. Por vezes algumas páginas de internet, em algumas instituições de saúde, têm o acesso negado.
- A taxa de resposta pode ser mais baixa comparativamente à aplicação de inquéritos em papel.

Pode afirmar-se que os inquéritos via online normalmente têm custos mais baixos, uma taxa de resposta aceitável face ao necessário e um menor tempo de resposta, quando comparados com a aplicação de inquéritos em papel (Raziano *et al.*, 2001).

No EGIOS II optou-se por aplicar os inquéritos via online ao invés da administração em papel. Esta decisão, efetuada pela equipa de investigação, deveu-se a vários fatores que estão interligados: o tamanho da amostra é considerado elevado e a dispersão geográfica das instituições selecionadas é de nível nacional. Foi identificado que a aplicação via online iria ter custos mais baixos (exemplos: impressão, deslocações), que o tempo necessário para a aplicação do inquérito seria menor e que em todas as instituições de saúde da amostra há acesso à internet. Acrescenta-se que a aplicação online possibilita a minimização de erros na introdução dos dados, uma vez que as respostas são de campo fechado e ficam numa base de dados criada automaticamente, permitindo um trabalho com maior rigor.

A taxa de resposta das investigações científicas é um fator relevante. Uma das desvantagens mencionadas na aplicação de inquéritos online é que pode ter uma taxa de resposta mais baixa que os inquéritos aplicados em formato de papel. No EGIOS I o inquérito foi aplicado em formato de papel e teve uma taxa de resposta de 51%. Por outro lado, o EGIOS II foi administrado via online e teve uma taxa de resposta de 27%.

Estes dados são comprovados pela revisão de literatura de Nulty, (2008), uma vez que é destacado que a maior parte dos estudos com inquéritos em papel têm uma taxa de resposta de cerca de 56% e que relativamente aos inquéritos administrados online estes apresentam em média uma taxa de resposta de 33%. Por outro lado, de acordo com a revisão de literatura de Braithwaite *et al.*, (2003) identifica-se que em doze estudos de inquéritos online, a taxa de resposta variou de 9% a 94%.

As taxas de resposta podem estar relacionadas com os diferentes tamanhos da amostra. Segundo Cook, Dickinson e Eccles, (2009) , estudos que tenham uma amostra mais pequena normalmente estão associados a uma taxa de resposta maior, uma vez que os investigadores podem coordenar melhor o contacto com os participantes. De destacar que no EGIOS I foram distribuídos 1.062 inquéritos e no EGIOS II a amostra foi de 7.774 profissionais.

Não obstante as razões identificadas anteriormente acerca da taxa de resposta e aplicação de inquéritos via online, a taxa de resposta obtida no presente estudo poderá ainda ter sido condicionada, de acordo com o *feedback* de alguns interlocutores, pelas seguintes razões:

- Dificuldade de acesso ao inquérito de alguns inquiridos, nos computadores de serviço, em algumas instituições, uma vez que o acesso a páginas não conhecidas se encontrava bloqueado.
- A existência de colaboradores sem email institucional; de colaboradores que não acedem ao email institucional; ou ainda de colaboradores que têm a caixa de email institucional cheia e não recebem novos e-mails.

Sabe-se que existem algumas metodologias para aumentar a taxa de resposta nos inquéritos online, tais como as identificadas por Zúñiga (2004) e Quinn (2002) citados por (Nulty, 2008), (Braithwaite *et al.*, 2003) e (Cho, Johnson e Vangeest, 2013):

- Construir lembretes frequentes aos intermediários e respetivos inquiridos, pelo menos três vezes. No EGIOS II os interlocutores foram contactados, pelo menos cinco vezes, via email e/ou telefone;
- Estender a data limite para resposta ao inquérito. No presente estudo os prazos de preenchimento dos inquéritos foram prorrogados 4 vezes;
- Fornecer o *link* direto de acesso ao inquérito no email enviado aos inquiridos. No EGIOS II esta sugestão foi aplicada.

Acredita-se que a metodologia de aplicação do inquérito foi bem selecionada, tendo em conta os prós e contras anteriormente referenciados.

8.1.3. Diferenças entre grupos profissionais

Os autores Provan & Milward, (2001) e Browne et al., (2007) realçam que é de esperar resultados diferentes entre grupos profissionais. Ainda, segundo Iñiguez et al., (2009) é esperado que a percepção do grau de integração de cada grupo profissional seja diferente, uma vez que diz respeito às experiências do dia-dia de cada um.

Tal como esperado e verificado no estudo EGIOS II, os órgãos de administração e de gestão intermédia apresentam, predominantemente, uma maior percepção do grau de integração, comparativamente com os médicos e enfermeiros dos serviços hospitalares e dos cuidados de saúde primários. Este facto deve-se, possivelmente, a terem uma perspetiva de integração mais ampla, reportando desta forma melhores níveis de percepção. Por outro lado, os médicos e enfermeiros têm mais experiência relativamente às dimensões clínica e informação, e uma percepção mais superficial sobre as dimensões administrativa e financeira. Estes factos são corroborados pelo estudo de Gillies *et al.*, (1993).

No que respeita às diferenças nas taxas de resposta, segundo Cartwright, (1978) os enfermeiros estão normalmente mais predispostos a responder aos questionários comparativamente aos médicos, uma vez que lhes é pedido para participarem menos vezes. Este facto não é identificado no presente estudo, uma vez que as taxas de resposta de médicos e enfermeiros são semelhantes.

Identificaram-se no presente estudo diferenças nas taxas de resposta dos órgãos de administração (86%) e órgãos de gestão intermédia (73%) e dos médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários e serviços hospitalares, com 33% e 18% respetivamente. Os órgãos de administração e de gestão intermédia parecem ter maior predisposição para responder ao inquérito.

Relativamente aos clínicos, nomeadamente médicos, há várias razões identificadas na literatura para não responderem aos inquéritos, como por exemplo: receberem inúmeros inquéritos nos seus emails ou secretárias, o tamanho, o tempo necessário para responder, estarem contra a metodologia utilizada, não estarem interessados ou não gostarem do tema que está a ser investigado e ainda a falta de incentivos financeiros (Cook, Dickinson e Eccles, 2009; Dykema *et al.*, 2013).

Por outro lado, há fortes evidências relativamente à relutância na participação em inquéritos por parte dos médicos uma vez que não são dadas informações adequadas previamente e devidamente esclarecedoras. Acresce ainda o facto de, na maioria das vezes, não existir *feedback* dos resultados dos questionários que responderam anteriormente, influenciando assim a não resposta aos questionários recebidos atualmente (McAvoy e Kaner, 1996).

8.2. Discussão de resultados

As percepções dos profissionais podem ser moldadas por vários fatores tais como, a situação atual e passado pessoal, crenças e valores, experiências, atitudes, opiniões e satisfação profissional. Os nossos resultados foram influenciados por todos estes fatores. No entanto, as pessoas agem geralmente com base nos seus julgamentos e percepções, pelo que qualquer esforço para melhorar a percepção de integração dos profissionais, deve ter em conta estes fatores.

A representatividade da amostra do estudo é diferente, consoante o tipo de organização e as suas características:

- 55% dos inquiridos pertencem a instituições Não ULS, sendo que 45% pertencem a ULS.
- Algumas instituições (ULS e Não ULS) estão concentradas geograficamente, enquanto que, outras estão dispersas.
- Uma ULS foi criada e integrada em 1999, enquanto que as outras são mais recentes (2007, 2008, 2008, 2008, 2009, 2011).

Todos estes fatores podem influenciar tanto o grau de percepção de integração dos profissionais, bem como o próprio processo de integração.

Considera-se que o estudo apresenta robustez científica, uma vez que a análise foi efetuada a partir de 2.085 respostas numa amostra de 7.774 de profissionais de saúde a nível nacional. Pode-se Afirmar que o estudo apresenta significância estatística no que respeita à amostra, com um intervalo de confiança de 95%, segundo o National Statistical Service, (2015).

Na Tabela 26, estão representados os principais resultados, por objetivo proposto e subcapítulo apresentado (7.1., 7.2., 7.3.).

Tabela 26 - Principais Resultados do EGIOS II

| Análise | ULS 2015 | ULS 2010 e ULS 2015 | ULS e Não ULS |
|---------------------|--|---|---|
| Global | Em 2015, cerca de 48% dos inquiridos das ULS reportam uma elevada percepção de integração. | Verifica-se uma evolução positiva entre os resultados de 2010 e de 2015. | Os profissionais das ULS reportam uma melhor percepção de integração, comparativamente com os profissionais das instituições Não ULS. |
| Por Dimensão | As dimensões financeira e administrativa apresentam os níveis de percepção de não integração mais elevados, com 37% e 38%, respetivamente. | A dimensão informação destaca-se, uma vez que apresenta uma variação de percepção de não integração” de -27 p.p. e uma variação de 28 p.p. no que respeita à percepção de integração. | Nas ULS, a percepção de integração é superior à percepção de não integração, exceptuando no caso da dimensão financeira que tem percentagens semelhantes. Nas Não ULS verifica-se o oposto, a percepção de não integração é sempre superior à percepção de integração. |
| Por Dimensão | As dimensões informação e normativa são consideradas as dimensões com maior percepção de integração, com 61% e 71%, respetivamente. | As dimensões clínica e administrativa são as que apresentam uma menor evolução. Na percepção de não integração, a dimensão administrativa teve uma variação de -7 p.p. e a dimensão clínica de -5 p.p. No que respeita à percepção de Integração, a dimensão clínica teve uma variação de 8 p.p. e a dimensão administrativa de 7 p.p. | Nas ULS e Não ULS, as dimensões com menor percepção de integração são a administrativa e financeira. |

| | | | |
|-------------------------------|---|---|--|
| Por Grupo Profissional | Os Órgãos de Administração e Órgãos de Gestão Intermédia apresentam percentagens superiores no que respeita à Percepção de Integração, relativamente aos Médicos e Enfermeiros dos serviços hospitalares e dos cuidados de saúde primários. | O grau de percepção de não integração diminuiu e o grau de percepção de integração aumentou, de 2010 para 2015, em todos os grupos profissionais. | No total, 62% dos profissionais das Não ULS reportam uma percepção de não integração, comparativamente aos profissionais das ULS que apresentaram 29%. Os grupos profissionais das Não ULS apresentaram percepções de integração semelhantes. |
|-------------------------------|---|---|--|

De 2010 para 2015 verifica-se uma evolução dos resultados, referente à percepção de integração dos profissionais das ULS. Vários autores têm referido que o processo de integração é de médio a longo prazo e que para começar a gerar impacto, e para se verificarem melhorias é necessário tempo (Hébert e Veil, 2004; Fulop, Mowlem e Edwards, 2005; Rosen e Ham, 2009; Goodwin, 2013).

O espaço temporal de 5 anos entre o EGIOS I e EGIOS II permitiu melhorias no que respeita à percepção de integração das ULS.

Esta tendência de melhoria pode ter-se verificado uma vez que:

- Em 2010 cinco das seis ULS tinham sido criadas há menos de 4 anos, tendo na altura pouco tempo de funcionamento. Desta forma, havia uma baixa percepção de integração, possivelmente pela recente adaptação das instituições para um modelo de integração vertical.
- Houve implementação de atividades que promoveram a integração. Como exemplos destacam-se a melhoria dos sistemas e tecnologias de informação, respeitante à dimensão informação, e a organização de regulamentos, objetivos metas e normas entre as unidades funcionais, respeitante à dimensão normativa.

No que respeita aos resultados entre as ULS e Não ULS, identifica-se que embora hajam semelhanças entre as dimensões que apresentam maior percepção de não integração e maior percepção de integração, as diferenças percentuais são diferentes. Os itens que apresentam menor grau de percepção de integração,

podem ser os que merecem maior atenção por parte dos administradores, gestores, decisores políticos e investigadores, de forma a promover melhorias de integração nas suas instituições.

É previsível haver um menor grau de percepção de integração nas Não ULS do que nas ULS, no que respeita à disposição de diplomas legais (Questão 22 da dimensão normativa), uma vez que as Não ULS não possuem diplomas legais e as ULS possuem.

No que respeita à dimensão administrativa, quanto à política salarial e de incentivos (Questão 30), verifica-se que existe uma percepção de não integração elevada nas ULS e Não ULS, de 59% e 89% respetivamente. Apesar de ter sido referido no documento de trabalho da ACSS, (2011) e em alguns estudos internacionais como os de Fulop, Mowlem e Edwards, (2005) e RAND Europe, (2012), que é importante a fixação de políticas remuneratórias, a nível nacional, devendo existir uma componente base e um valor variável, de acordo com o desempenho, identificou-se que existe uma ausência generalizada de sistemas de incentivos que permitam contribuir para uma coordenação entre os níveis de cuidados, à semelhança do que havia sido referenciado em Santana *et al.*, (2010). Neste sentido reforça-se a importância do alinhamento dos incentivos remuneratórios com os objetivos estratégicos de cada organização.

Relativamente à informação sobre os custos do doente ao longo do processo de produção entre as unidades funcionais da ULS ou dos ACES e Hospitais (Questão 37, dimensão financeira), verifica-se que 86% dos profissionais das Não ULS reportam uma percepção de não integração e os profissionais das ULS de 63%. Segundo Sinclair, (2000) e ACSS, (2011), é destacada a necessidade de interligação do processo clínico e dos sistemas de informação, sendo crucial para proceder à valorização de cada etapa do processo de produção, de forma a saberem-se os custos associados ao utente. Desta forma podem-se acompanhar os consumos esperados ao longo do processo de produção, permitindo disseminar o risco financeiro entre as diversas etapas do ciclo do doente. Santana *et al.*, (2014) destacam ainda que esta informação permitirá que sejam tomadas decisões com um menor grau de risco e que a informação sobre os custos por utente sejam cruzados com dados de qualidade, produção e avaliação de desempenho.

Quanto à atribuição de um gestor de caso, referente à questão 9 da dimensão clínica, a percepção de não integração nas Não ULS é de 92% e nas ULS é de 55%. Sabe-se que a gestão adequada do doente e a atribuição de um gestor de caso, contribui essencialmente para uma prestação de cuidados com maior qualidade e mais eficiente (ACSS, 2011). Os autores Santana *et al.*, (2014) apresentam uma proposta de criação da figura do gestor do doente, onde se destacam alguns dos impactos previstos: a definição de um plano de cuidados personalizado, a potencial optimização da qualidade de vida e autonomia, a melhoria de resultados clínicos e a redução da fragmentação e duplicação e cuidados. Segundo Ross, Curry e Goodwin, (2011) citados pelos autores anteriormente referidos, uma resposta organizacional a este nível permitirá alcançar uma redução do número de internamentos desnecessários, redução da demora média, redução dos reinternamentos e ainda diminuição dos ingressos à urgência.

Embora os resultados das dimensões informação e normativa tenham apresentado maior grau de percepção de integração, os desafios para melhorar a percepção de integração da dimensão clínica mantêm-se.

A dimensão clínica é uma das que apresenta maiores ganhos ao nível do processo de integração, devendo assim haver maior enfoque para que hajam melhorias no que respeita à sua percepção de integração e integração efetiva (Santana *et al.*, 2010). Os autores Ahgren e Axelsson, (2005) referem que a integração clínica pode promover uma boa sinergia de integração, podendo influenciar a eficácia da integração.

Desta forma, é obrigatório reforçar a integração da dimensão clínica, uma vez que o processo de integração de cuidados em Portugal permanece centrado em áreas funcionais, como por exemplo os serviços de gestão de recursos humanos ou serviços de apoio à gestão, em vez de ser focado nas atividades da dimensão clínica, que são a base fundamental da integração de cuidados de saúde.

8.3. Recomendações

Da revisão de literatura, da aplicação do inquérito, do contacto com os interlocutores e colaboradores e da análise e discussão dos resultados, foram identificadas nove recomendações, que podem ser úteis aos decisores políticos, administradores, gestores e profissionais das instituições e investigadores.

As nove recomendações do presente estudo, são:

1. A partilha dos resultados do EGIOS II, por instituição, por forma a que todos os profissionais consigam ter acesso. Desta forma poderá haver uma análise e um debate interno para que se possam identificar os pontos fortes e fracos, bem como perceber quais as atividades necessárias a desenvolver para melhorar a percepção de integração e a integração de cuidados de saúde.

2. A criação de debates intra-organizacionais com os profissionais de várias áreas da mesma instituição e inter-organizacionais com os profissionais das várias unidades que estão interligadas. Com estas dinâmicas pretende-se promover a comunicação entre os profissionais da mesma unidade ou das várias unidades funcionais, criando maior confiança entre as equipas (Rosen e Ham, 2009; Tsasis, Evans e Owen, 2012). Os autores Tsasis, Evans e Owen, (2012), fizeram um estudo para identificar a percepção dos profissionais de saúde quanto à integração de cuidados, tendo apontado que é difícil criar-se uma visão partilhada do sistema de integração de cuidados, sem se criarem relações e interações entre os profissionais. Os debates e momentos entre equipas, podem tornar os profissionais mais envolvidos nas instituições.

3. Melhorar os canais de comunicação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, como um incentivo para melhorar a integração no que respeita à dimensão informação. Para o cumprimento deste objetivo, uma das medidas pode ser a divulgação e partilha periódica dos contactos de email entre os profissionais das instituições da área de referência, como referido no documento elaborado pelo Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (Ramos *et al.*, 2012).

4. Proporcionar a partilha da missão, valores e objetivos e a gestão conjunta da produção, financiamento e avaliação de desempenho com os membros da organização. Assim, os profissionais vão estar alinhados com a estratégia da

organização, sendo fatores importantes para se alcançar um maior grau de integração (Shortell, Gillies e Anderson, 1994; Santana *et al.*, 2010). Estas atividades representadas pela dimensão sistêmica, devem ser formuladas e partilhadas entre as instituições da área de influência. Esta é uma metodologia adoptada nas Unidades Locais de Saúde da Suécia, como mencionado por Åhgren, (2003).

5. A existência de atividades que promovam o aumento da integração clínica, visto que foi identificado um nível de percepção de integração mais baixo nesta dimensão. Segundo a literatura, a dimensão clínica, é uma das que apresenta maiores ganhos no nível do processo de integração, logo deverá ter uma maior importância (Devers *et al.*, 1994; Santana *et al.*, 2010). A existência, nos centros de saúde, de consultas de algumas especialidades hospitalares, relacionadas com as patologias mais prevalentes a nível nacional (diabetes, doenças cardiovasculares), promovem uma estreita colaboração entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários. Embora seja uma prática já existente em alguns locais, esta medida deverá ser aplicada em todo o território nacional, com vista a proporcionar maior proximidade de cuidados, reduzir os tempos de espera de consultas de especialidades nos hospitais, melhorar as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde e diminuir os custos de transportes aos utentes (Ramos *et al.*, 2012).

6. A criação de equipas que possam acompanhar, monitorizar e avaliar a integração de cuidados de saúde, por instituição, região e/ou a nível nacional. Estas equipas teriam o objetivo final de melhorar a integração do sistema de saúde e qualidade dos cuidados de saúde, como indicado no estudo de Ketelaars, (2011) na Holanda e no estudo de Cheah, Kirk-Chuan, Lim, (2012) em Singapura. Estas equipas poderiam identificar, nas várias instituições de saúde, as boas práticas e as práticas menos positivas. Posteriormente deveriam sistematizar as recomendações partilhando-as a nível nacional, de forma a uniformizar e melhorar a integração de cuidados de saúde.

7. A criação de uma matriz que parametrize qual o grau efetivo de integração de cuidados de saúde, de cada instituição. Para isto, podem-se categorizar os itens do inquérito utilizado no EGIOS II, por ordem de importância, por dimensão. Deverá ter-se em conta que as diferentes dimensões de integração de cuidados de saúde têm diferentes graus de importância.

8. A definição de um painel de indicadores para monitorizar e avaliar a interligação entre os níveis de cuidados, contemplando aspectos de estrutura, de processo e de resultados (Ramos *et al.*, 2012). A evidência continua a ser escassa relativamente à forma de ponderação dos resultados obtidos, ou seja, não há fatores de ponderação que indiquem quais os assuntos prioritários a tratar (Lyngsø *et al.*, 2014).

9. Integrar, em futuros estudos, medidas de eficiência, eficácia e de acesso dos cuidados de saúde para melhor identificar os resultados alcançados com o processo de integração. Uma perspetiva a utilizar para avaliar estes resultados, seria a análise dos internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório (*Ambulatory Care Sensitive Conditions*). Faz sentido a utilização desta análise, uma vez que alguns dos objetivos da integração de cuidados são a melhoria do acesso e efetividade dos cuidados de saúde (Grone e Garcia-Barbero, 2001) e as *Ambulatory Care Sensitive Conditions* são indicadores internacionalmente aceites para a avaliação destas dimensões. Acresce que pode ser utilizado como um indicador indireto para avaliar a mudança de paradigma dos cuidados agudos, episódicos e centrados nos hospitais para cuidados prestados de forma integrada, longitudinais e na comunidade (Caminal *et al.*, 2004; Nedel *et al.*, 2011).

9. Conclusão

A metodologia e resultados do presente estudo permitem quantificar a percepção do grau de integração dos profissionais de saúde das instituições de saúde, em Portugal.

A partir dos resultados, discussão e recomendações deste estudo será possível aos órgãos de administração e órgãos de gestão intermédia das instituições, e/ou decisores políticos e demais intervenientes do sector, identificarem quais as dimensões que merecem maior atenção, intervenção e foco. Segundo Ketelaars, (2011), a informação obtida acerca da percepção do grau de integração pode encorajar os gestores das instituições e prestadores de cuidados de saúde a entrarem num sistema de competição entre instituições, para que possam efetivamente ter uma melhor integração.

Este estudo pode auxiliar no diagnóstico de problemas e barreiras da integração de cuidados, em que serviços atuar e ainda identificar quais as estratégias e processos a priorizar de forma a melhorar a integração de cuidados de saúde.

Destaca-se o elevado número de profissionais da amostra, reportando assim um conhecimento importante quanto à percepção do grau de integração dos profissionais que colaboram nas instituições envolvidas, sendo que, dada a representatividade, poderá fazer-se uma relação com outras instituições a nível nacional.

Os resultados sugerem que os profissionais das ULS percebem as suas instituições mais integradas do que os profissionais das Não ULS. Ainda, os profissionais das ULS em 2015 reportam melhores níveis de percepção de integração, quando comparados os dados com o estudo de 2010. É a primeira vez que há a possibilidade de comparar o grau de percepção de integração dos profissionais de saúde em dois momentos diferentes (2010 e 2015) em Portugal.

Como ponto forte, no presente estudo destaca-se a quantificação da percepção do grau de integração das Unidades Locais de Saúde e Não Unidades Locais de Saúde em Portugal, permitindo desta forma uma comparação de dados e a verificação das diferentes percepções existentes.

Da revisão de literatura nacional e internacional efetuada quanto à medição do grau de integração não se identificaram estudos que apresentem uma comparação

de resultados em dois momentos diferentes. No EGIOS II apresenta-se a comparação dos resultados das ULS em 2010 e das ULS em 2015, destacando-se como ponto forte.

Este facto é importante, uma vez que a contínua medição da percepção do grau de integração dos profissionais de saúde ao longo do tempo, através de uma avaliação periódica e regular, incluindo novas instituições e serviços e/ou mantendo as mesmas, permite assim uma comparação de resultados (Ye *et al.*, 2012). Neste sentido, futuros estudos permitirão aos investigadores estimar a diferença de percepção de integração, numa lógica longitudinal e determinar os padrões de integração ao longo do tempo, verificando-se se têm sido efetuados esforços e incentivos com vista à melhoria da integração de cuidados de saúde.

10. Bibliografia

ACSS - Workshop, Unidades Locais de Saúde. Gestão do processo de integração vertical nas Unidades Locais de Saúde. Síntese dos trabalhos desenvolvidos. 2011).

ÅHGREN, Bengt - Chain of care development in Sweden: results of a national study. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 3:2003).

AHGREN, Bengt; AXELSSON, Runo - Evaluating integrated health care: a model for measurement. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 5:3 (2005).

AHGREN, Bengt; AXELSSON, Runo - A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 11:Special 10th Anniversary Edition (2011).

AHRQ - **Conducting a Web-based Survey** [Em linha], atual. 1 set. 2004. [Consult. 20 jul. 2015]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult6.html>>.

ALMEIDA, João Ferreira De - **Introdução à Sociologia**. Lisboa : Universidade Aberta, 1994

ARMITAGE, Gail D. *et al.* - Health systems integration: state of the evidence. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 9:2 (2009).

BARRETO, Agostinho Xavier; SANTANA, Rui - **Desenvolvimento e aplicação de um questionário para medição do grau de integração de organizações prestadoras de cuidados de saúde**. Lisboa : Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública., 2010 Curso de Especialização em Administração Hospitalar / ENSP ; XXXVII. 2007-2009.

BETHGE, Susanne - Integration in action: four international case studies. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 12:5 (2012).

BRAITHWAITE, Dejana *et al.* - Using the Internet to conduct surveys of health professionals: a valid alternative? **Family Practice**. . ISSN 0263-2136, 1460-2229. 20:5 (2003) 545–551. doi: 10.1093/fampra/cm9509.

BRAZIL, Kevin *et al.* - Towards improving the co-ordination of supportive cancer care services in the community. **Health Policy**. . ISSN 0168-8510. 70:1 (2004) 125–131. doi: 10.1016/j.healthpol.2004.02.007.

BROWNE, Gina *et al.* - Conceptualizing and validating the human services integration measure. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 4:2 (2004).

BROWNE, Gina *et al.* - Conceptualization and measurement of integrated human service networks for evaluation. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 7:2007).

CAMINAL, Josefina *et al.* - The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **European Journal of Public Health**. . ISSN 1101-1262. 14:3 (2004) 246–251.

CARTWRIGHT, A. - Professionals as responders: variations in and effects of response rates to questionnaires, 1961-77. **British Medical Journal**. . ISSN 0007-1447. 2:6149 (1978) 1419–1421.

CENTRAL REGION HEALTH OF OLDER PEOPLE NETWORK - An integrated framework of care for the central region DHBs. 2012).

CHEAH, Jason; KIRK-CHUAN, Wong; LIM, Harold - Integrated care: from policy to implementation – The Singapore Story. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 12:7 (2012).

CHO, Young Ik; JOHNSON, Timothy P.; VANGHEEST, Jonathan B. - Enhancing surveys of health care professionals: a meta-analysis of techniques to improve response. **Evaluation & the Health Professions**. . ISSN 1552-3918. 36:3 (2013) 382–407. doi: 10.1177/0163278713496425.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre *et al.* - The integration of health care: dimensions and implementation. 2003).

COOK, Julia V.; DICKINSON, Heather O.; ECCLES, Martin P. - Response rates in postal surveys of healthcare professionals between 1996 and 2005: An observational study. **BMC Health Services Research**. . ISSN 1472-6963. 9:1 (2009) 160. doi: 10.1186/1472-6963-9-160.

COUPER, Mick P. - Web surveys. A Review of issues and approaches. **American Association for Public Opinion Research**. 64:2000) 464–494.

CURRY, Natasha *et al.* - Integrated care pilot in north west London: a mixed methods evaluation. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 13:3 (2013).

DALMORO, Marlon; VIEIRA, Kelmara Mendes - Dilemas na construção de escalas Tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? **Revista Gestão Organizacional**. . ISSN 1983-6635. 6:3 (2014).

DELOITTE - Saúde em análise Uma visão para o futuro. 2011).

DEVERS, K. J. *et al.* - Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. **Health care management review**. . ISSN 0361-6274. 19:3 (1994) 7–20.

DGS - Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016. 3.2. Eixo estratégico - Equidade e acesso aos cuidados de saúde. 2012).

DYKEMA, Jennifer *et al.* - Surveying clinicians by web: current issues in design and administration. **Evaluation & the Health Professions**. . ISSN 1552-3918. 36:3 (2013) 352–381. doi: 10.1177/0163278713496630.

ENTHOVEN, Alain C. - Integrated delivery systems: the cure for fragmentation. **The American journal of managed care**. . ISSN 1936-2692. 15:10 Suppl (2009) S284–290.

ERS - ESTUDO SOBRE A ORGANIZAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE – RELATÓRIO PRELIMINAR I . 2011).

ERS - Estudo de avaliação dos Centros Hospitalares. 2012).

ERS - Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde. 2015).

EUROHEALTH - European Observatory on Health Systems and Policies, Health systems and the financial crisis. 2012).

FERREIRA, Maria João; CAMPOS, Pedro - **O Inquérito Estatístico: uma introdução à elaboração de questionários, amostragem, organização e apresentação dos resultados**. Instituto Nacional de Estatística, I.P. ed. Lisboa : [s.n.]

FULOP, Naomi; MOWLEM, Alice; EDWARDS, Nigel - Building Integrated Care: Lessons from the UK and elsewhere. 2005).

GILLIES, R. R. *et al.* - Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. **Hospital & Health Services Administration**. . ISSN 8750-3735. 38:4 (1993) 467–489.

GOODWIN, Nick *et al.* - Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together. 2012).

GOODWIN, Nick - Taking integrated care forward: the need for shared values. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 13:2 (2013).

GRANNER, M. L.; SHARPE, P. A. - Evaluating community coalition characteristics and functioning: a summary of measurement tools. **Health Education Research**. . ISSN 0268-1153, 1465-3648. 19:5 (2004) 514–532. doi: 10.1093/her/cyg056.

GRONE, Oliver; GARCIA-BARBERO, Mila - A position paper of the WHO European office for integrated health care services. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 1:2001).

HARTZ, Zulmira M. De Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre - Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a «system without walls». **Cadernos de Saúde Pública**. . ISSN 0102-311X. 20:2004) S331–S336. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800026.

HÉBERT, Réjean; VEIL, Anne - Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 4:3 (2004).

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew - **Investigação por questionário**. 1ª edição ed. Lisboa : Edições Sílabo, 2000

HOFMARCHER, Maria M.; OXLEY, Howard; RUSTICELLI, Elena - Improved health system performance through better care coordination. 2007).

HOHWÜ, Lena *et al.* - Web-Based Versus Traditional Paper Questionnaires: A Mixed-Mode Survey With a Nordic Perspective. **Journal of Medical Internet Research**. . ISSN 1439-4456. 15:8 (2013). doi: 10.2196/jmir.2595.

HOWITT, Peter; DARZI, Ara - Integrated care cannot be designed in Whitehall. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 12:2 (2012).

IÑIGUEZ, Lupicinio *et al.* - An Integrated Analysis of the Perceptions of Health Care Users, Professionals, and Managers in Catalonia. **Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research**. . ISSN 1438-5627. 10:2 (2009).

INSTITUTE OF MEDICINE - Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. 2001).

KETELAARS, Corry - Integrated care requires integrated supervision. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 11:1 (2011).

KODNER, Dennis L.; SPREEUWENBERG, Cor - Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 2:4 (2002).

LEATT, P.; PINK, G. H.; GUERRIERE, M. - Towards a Canadian model of integrated healthcare. **HealthcarePapers**. . ISSN 1488-917X. 1:2 (2000) 13–35.

LING, Tom *et al.* - Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 12:5 (2012).

LLOYD, James; WAIT, Suzanne - Integrated Care - A Guide for Policymakers. 2006).

LYNGSØ, Anne Marie *et al.* - Instruments to assess integrated care: A systematic review. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 14:3 (2014).

MACIEL, O.; NUNES, A.; CLAUDINO, S. - Recurso ao inquérito por questionário na avaliação do papel das Tecnologias de Informação Geográfica no ensino de Geografia. 2014).

MASLIN_PROTHERO, Sian E.; BENNION, Amy E. - Integrated team working: a literature review. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 10:2 (2010).

MCAVOY, B. R.; KANER, E. F. - General practice postal surveys: a questionnaire too far? **BMJ (Clinical research ed.)**. . ISSN 0959-8138. 313:7059 (1996) 732–733; discussion 733–734.

MINKMAN, Mirella M. N.; AHAUS, Kees T. B.; HUIJSMAN, Robbert - A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. **BMC health services research**. . ISSN 1472-6963. 9:2009) 42. doi: 10.1186/1472-6963-9-42.

NATIONAL STATISTICAL SERVICE - **Sample Size Calculator** [Em linha], atual. jul. 2015. [Consult. 8 jul. 2015]. Disponível em WWW:<URL:http://www.nss.gov.au/nss/home.nsf/pages/Sample+size+calculator>.

NEDEL, Fúlvio Borges *et al.* - Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**. . ISSN 1678-4561. 16 Suppl 1:2011) 1145–1154.

NULTY, Duncan D. - The adequacy of response rates to online and paper surveys: what can be done? **Assessment & Evaluation in Higher Education**. 33:3 (2008) 301–314.

NUÑO SOLINÍS, Roberto - Un breve recorrido por la Atención Integrada. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**. 1:2 (2009).

OMACHONU, Vincent K.; EINSPRUCH, Norman G. - Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework. **Innovation Journal**. 15:1 (2010).

PAHO - Integrated Health Service Delivery Networks Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas. 2010).

PELLAS, Constantinos N.; BLOCH, Alice; SEALE, Clive - Structured methods: Interviews, questionnaires and observation. 2011).

PORTAL DA SAÚDE - Governo cria agrupamentos de centros de saúde (ACES). 2008).

PROVAN, Keith G.; MILWARD, H. Brinton - Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks. **Public Administration Review**. . ISSN 1540-6210. 61:4 (2001) 414–423. doi: 10.1111/0033-3352.00045.

RAMOS, Vitor *et al.* - Interligação e integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares. 2012).

RAND EUROPE - National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots FINAL REPORT: SUMMARY VERSION. 2012).

RAZIANO, Donna Brady *et al.* - E-mail Versus Conventional Postal Mail Survey of Geriatric Chiefs. **The Gerontologist**. . ISSN 0016-9013, 1758-5341. 41:6 (2001) 799–804. doi: 10.1093/geront/41.6.799.

REICH, Oliver; RAPOLD, Roland; THÖNI, Magdalena - An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 12:1 (2012).

REPÚBLICA, Diário - Decreto-Lei n.º 207/99. 1999).

REPÚBLICA, Diário - Decreto-Lei n.º 284/99. 1999).

REPÚBLICA, Diário - Decreto-Lei n.º 28/2008. 2008).

RONCERO, Carlos *et al.* - Professionals' perceptions about healthcare resources for co-occurring disorders in Spain. **International Journal of Mental Health Systems**. . ISSN 1752-4458. 8:1 (2014) 35. doi: 10.1186/1752-4458-8-35.

ROSEN, Rebecca; HAM, Chris - Atención Integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**. 1:2 (2009).

ROSS, Shilpa; CURRY, Natasha; GOODWIN, Nick - Case management: what it is and how it can best be implemented. 2011).

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. - Analyzing the evidence on European health care reforms. **Health Affairs (Project Hope)**. . ISSN 0278-2715. 17:2 (1998) 85–108.

SANTANA, Rui *et al.* - Definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde e monitorização da modalidade de pagamento aplicada às Unidades Locais de Saúde em 2009 - Relatório I - Revisão de Literatura. 2009).

SANTANA, Rui *et al.* - Projecto de definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde. Relatório III - Estudo sobre o Grau de Integração de Organizações de Saúde (EGIOS). 2010).

SANTANA, Rui *et al.* - Recent evolution of the level of integration on healthcare organizations Edimburgo, Mar. 2015.

SANTANA, Rui (Coordenação) *et al.* - Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental. 2014).

SANTANA, Rui; COSTA, Carlos - A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 7:2008) 29–56.

SHORTELL, S. M.; GILLIES, R. R.; ANDERSON, D. A. - The new world of managed care: creating organized delivery systems. **Health affairs (Project Hope)**. . ISSN 0278-2715. 13:5 (1994) 46–64.

SINCLAIR, D. - Health care reform: the effect of a vertically integrated health system on emergency medicine. **CJEM**. . ISSN 1481-8035. 2:3 (2000) 154–155.

STRANDBERG-LARSEN, Martin - Measuring integrated care. **Danish medical bulletin**. . ISSN 1603-9629. 58:2 (2011) B4245.

STRANDBERG-LARSEN, Martin; KRASNIK, Allan - Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 9:2009).

TSASIS, Peter; EVANS, Jenna M.; OWEN, Susan - Reframing the challenges to integrated care: a complex-adaptive systems perspective. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 12:5 (2012).

VALENTIJN, Pim P. *et al.* - Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 13:1 (2013).

WADMANN, Sarah; STRANDBERG-LARSEN, Martin; VRANGBÆK, Karsten - Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 9:1 (2009).

WATT, Stuart *et al.* - Electronic Course Surveys: Does automating feedback and reporting give better results? **Assessment & Evaluation in Higher Education**. . ISSN 0260-2938. 27:4 (2002) 325–337. doi: 10.1080/0260293022000001346.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Integrated health services – what and why? (2008).

YE, Chenglin *et al.* - Measuring the degree of integration for an integrated service network. **International Journal of Integrated Care**. . ISSN 1568-4156. 12:5 (2012).

ANEXOS

ANEXO I – Exemplo Inquérito EGIOS II



EGIOS II - ULS

1. EGIOS II - ULS



Exmo(a). Senhor(a),

Encontra-se a decorrer um projeto de investigação entre a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), cujo objetivo fundamental é a determinação do grau de integração das Unidades Locais de Saúde (ULS).

Para concretização deste objetivo, recorre-se à realização de um inquérito on-line através do qual se pretende conhecer a prática organizacional em seis dimensões distintas: Clínica, Informação, Normativa, Administrativa, Financeira e Sistémica.

Neste sentido, vimos por este meio solicitar a sua melhor colaboração na resposta ao inquérito.

Mais informamos que o inquérito é anónimo e que deverá ser respondido até ao dia 30 de Janeiro de 2015.

O tempo estimado de resposta é de 10 minutos.

Junto disponibiliza-se um breve glossário de apoio à resposta do inquérito.

A escala a utilizar para cada questão corresponda às seguintes opções:

- 1 De modo nenhum aplicável/ Totalmente falso
- 2 Só em pequena parte aplicável
- 3 Em parte aplicável
- 4 Em grande parte aplicável
- 5 Totalmente aplicável/ Totalmente verdadeiro

Agradecendo antecipadamente a melhor colaboração de V.Exa.,

Com os melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Rui Santana,
ENSP

Next

Powered by





EGIOS II - ULS

2. Identificação da Instituição



1. Identificação da Instituição

Escolha a instituição:

Instituição

2. Departamento

- ☐ Conselho de Administração
- ☐ Administradores e Gestores Hospitalares
- ☐ Hospital, serviço de Cirurgia Geral
- ☐ Hospital, serviço de Ginecologia/Obstetrícia
- ☐ Hospital, serviço de Medicina Interna
- ☐ Hospital, serviço de Pediatria
- ☐ Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP)
- ☐ Unidade de Saúde Familiar (USF)

Prev

Next

Powered by
 SurveyMonkey®
See how easy it is to [create a survey](#).



EGIOS II - ULS

3. GLOSSÁRIO DE APOIO



Programa de Gestão de Doença: de acordo com a Boston Consulting Group, consiste na gestão e prestação de cuidados a uma população que se encontra em risco ou à qual já foi diagnosticada uma determinada doença, através de um sistema integrado compreensivo, que utiliza as melhores práticas clínicas, tecnologia de informação e outros recursos. Trata-se de uma abordagem mais centrada no doente para a provisão de todas as componentes de cuidados que este necessita, eliminando a perspectiva fragmentada, autónoma e parcial da atual estrutura de oferta de cuidados de saúde.

Gestão de Caso (Case Management): a Case Management Society of America considera que o case management é um processo colaborativo que permite aceder, planificar, implementar, coordenar, monitorizar e avaliar as opções e os serviços necessários para responder às necessidades em saúde específicas dos doentes, através da facilitação de comunicação e gestão de recursos, no sentido de promover a qualidade e a prestação de cuidados custo-efetivos. Gestor de caso: responsável pela gestão do caso.

Plano Individual de Cuidados: é um plano onde estão definidas todas as atividades e serviços clínicos necessários para satisfazer as necessidades específicas de cada utente. Pode ser definido pelo prazo de um semestre ou ano e contém informação sobre o esquema terapêutico adotado, consultas médicas de acompanhamento, meios complementares de diagnóstico definidos e necessários ao acompanhamento da evolução clínica do utente, entre outros.

Processos Internos de Gestão: diz respeito a todas as atividades da gestão de doentes ao longo do processo de prestação de cuidados. São exemplos as marcações de consultas, de meios complementares de diagnóstico ou os agendamentos de tratamentos médicos ou cirúrgicos.

Unidade Funcional: são unidades orgânicas constituídas por um conjunto de meios humanos, técnicos e físicos, que partilham os mesmos objetivos e desenvolvem a sua atividade com autonomia e responsabilidade.

Capitação ajustada pelo risco: é um sistema de remuneração onde a instituição de saúde recebe um pagamento fixo por utente independentemente da quantidade de serviços a prestar, tendo em consideração os diferentes estados de saúde (necessidades) das populações.

Processo clínico eletrónico: é sistema que permite a centralização de todos os dados necessários numa única entidade - processo clínico - que suportado em ferramentas de tecnologias de informação permite um acompanhamento do doente ao longo do processo de prestação de cuidados. Pode ser definido com o suporte tecnológico que permite a incorporação e o armazenamento dos dados clínicos, demográficos e administrativos dos utentes, garantindo que independentemente do local onde seja realizada a prestação de cuidados de saúde a informação se encontre disponível.

Serviços auxiliares de apoio clínico: são as secções que concorrem com as suas atividades para os serviços clínicos. Incluem os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, Anestesiologia, Bloco Operatório, Serviços Farmacêuticos, Serviço Social, etc.

Secções auxiliares de apoio geral: são as secções que concorrem com as suas atividades para todos os serviços da ULS. Incluem as secções de alimentação e dietética, instalações e equipamentos, serviço de higiene e limpeza, serviço de lavandaria, etc.

Secções Administrativas: são as secções que correspondem a atividades gerais, tais como, administração, contabilidade, aprovisionamento, recursos humanos, etc.

Prev

Next



3. Dimensão Clínica

| | De modo nenhum aplicável | Só em pequena parte aplicável | Em parte aplicável | Em grande parte aplicável | Totalmente aplicável |
|---|-----------------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| Integro uma unidade funcional que se encontra organizada segundo o conceito de "programa de gestão da doença". | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| As equipas de trabalho são constituídas por profissionais de diferentes níveis de cuidados de saúde (primários/ hospitalares). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| As equipas de trabalho são constituídas por profissionais de diferentes especialidades médicas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| As equipas de trabalho são constituídas por profissionais com diferentes formações académicas (enfermagem, técnicos de saúde, administrativos, auxiliares, etc). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| As atividades e os serviços de natureza clínica encontram-se coordenados entre as unidades funcionais. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Existe um plano de coordenação das equipas clínicas entre as diferentes unidades funcionais. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Na minha ULS foram consensualizados protocolos e guidelines clínicas que são utilizados pelos profissionais clínicos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Na minha ULS, para cada doente é habitualmente definido um plano de cuidados individual. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Na minha ULS, para cada doente é habitualmente atribuído um "gestor do caso". | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sou apenas responsável pelos meus doentes até ao momento de lhes dar alta clínica do respetivo episódio (internamento, consulta, urgência). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Existe um processo de referênciação de doentes, bidireccional, que se encontra consensualizado em toda a ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A prática clínica de cada unidade funcional tem em consideração a capacidade, o conhecimento e as atividades desenvolvidas pelas outras unidades funcionais que integram a ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Os serviços auxiliares de apoio clínico da ULS (Pat. Clínica, Anat. Patológica, etc) prestam serviços para todas as unidades funcionais que a integram. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. Dimensão Informação

| | De modo nenhum aplicável | Só em pequena parte aplicável | Em parte aplicável | Em grande parte aplicável | Totalmente aplicável |
|---|-----------------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| Existe um processo clínico único eletrónico na minha ULS (partilhado entre o Centro de Saúde e o Hospital). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Encontra-se disponível a informação clínica adequada, exata, fiável e necessária para a tomada de decisão diária. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Existe acesso à informação necessária em qualquer posto de trabalho da ULS (independentemente da sua localização física). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Existe acesso à informação dos processos internos de gestão de doentes (marcações, tempos de espera) relativos aos atos a realizar pelos utentes nos diferentes níveis de cuidados. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Partilha-se regularmente informação clínica com os clínicos de outros níveis de prestação (primários/ hospitalares). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| O sistema de informação de apoio à gestão clínica utilizado é comum a toda a ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Todos os profissionais dispõem de email e de acesso aos contactos dos restantes profissionais da ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Existe uma intranet comum a toda a ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5. Dimensão Normativa

| | De modo nenhum aplicável | Só em pequena parte aplicável | Em parte aplicável | Em grande parte aplicável | Totalmente aplicável |
|--|-----------------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| A gestão conjunta de diferentes níveis de cuidados de saúde a cargo da ULS, encontra-se estabelecida através de diploma legal. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A ULS tem um regulamento interno que foi aprovado e se encontra em vigor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| As principais unidades funcionais da ULS têm um regulamento interno específico. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Os objetivos e as metas assumidas pelas diferentes unidades funcionais encontram-se devidamente estabelecidos em documentação normativa (carta de compromisso, contrato, etc). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Existem manuais de procedimentos para cada unidade funcional da ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

6. Dimensão Administrativa

| | De modo nenhum aplicável | Só em pequena parte aplicável | Em parte aplicável | Em grande parte aplicável | Totalmente aplicável |
|--|-----------------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| As secções administrativas (recursos humanos, contabilidade, aprovisionamento, etc.) são únicas, encontram-se fisicamente concentradas e apresentam procedimentos uniformizados para toda a ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| As secções auxiliares de apoio geral (alimentação, limpeza, segurança, instalações e equipamentos, etc.) são únicas, encontram-se fisicamente concentradas e apresentam procedimentos uniformizados para toda a ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Existe uma política de recursos humanos definida conjuntamente para toda a ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Existe uma política salarial e de incentivos que é global para a ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A remuneração dos profissionais contém incentivos dirigidos à coordenação e cooperação entre as diferentes unidades funcionais que integram a ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| O recrutamento e a seleção dos profissionais são atividades realizadas em função das necessidades de todas as unidades funcionais da ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Os profissionais prestam serviços e são treinados em várias unidades funcionais da ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| O plano de formação é partilhado por todas as unidades funcionais | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

7. Dimensão Financeira

| | De modo nenhum aplicável | Só em pequena parte aplicável | Em parte aplicável | Em grande parte aplicável | Totalmente aplicável |
|--|-----------------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| As principais demonstrações financeiras (Orçamento, Balanço, DR, DOAF, Analítica) são elaboradas para toda a ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Na minha ULS conheço os custos totais das principais patologias da área de influência. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Existe disponível a todo o momento, informação sobre os custos de cada doente ao longo de todo o processo de prestação de cuidados na ULS (episódio). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Na minha ULS a unidade de pagamento preponderante é a capitação ajustada pelo risco. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Realiza-se com regularidade o controlo da evolução das variáveis utilizadas para efeitos de ajustamento pelo risco. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A gestão de tesouraria das unidades funcionais é efetuada centralmente. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A decisão de realização de novos investimentos baseia-se nas prioridades de toda a organização em detrimento das necessidades individuais de cada unidade funcional. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A distribuição de recursos é efetuada com base nas prioridades de toda a organização em detrimento das necessidades individuais de cada unidade funcional. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Os procedimentos de pagamentos e recebimentos encontram-se uniformizados entre as unidades funcionais da ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

8. Dimensão Sistêmica

| | De modo nenhum aplicável | Só em pequena parte aplicável | Em parte aplicável | Em grande parte aplicável | Totalmente aplicável |
|--|-----------------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| Conheço o Plano de Negócios da minha ULS, em particular a sua visão, missão, valores e objetivos estratégicos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Em conjunto com as minhas chefias, defino objetivos, planeio atividades, acompanho a sua concretização e avalio os resultados alcançados. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A minha unidade funcional partilha objetivos, planeia atividades, acompanha a sua concretização e avalia os resultados alcançados com outras unidades funcionais da ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Conheço os objetivos, as atividades, a monitorização efetuada e os resultados alcançados pelas outras unidades funcionais da ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cada unidade funcional conhece a sua importância estratégica no contexto global da organização. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| As unidades funcionais estão dispostas a subordinar os seus interesses individuais aos interesses da ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A avaliação das necessidades em saúde é efetuada no contexto da ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| As ações de divulgação e publicidade estão coordenadas entre as unidades funcionais. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| As políticas de qualidade, higiene e segurança e gestão risco são comuns a toda a ULS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Os resultados dos programas de melhoria contínua da qualidade são discutidos nas diferentes unidades funcionais. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Prev

Done

Powered by



See how easy it is to [create a survey](#).

**ANEXO II – Número de profissionais, número de respostas e taxa de resposta,
por Instituição**

| Instituições em estudo | Número de Profissionais | Número de respostas | Taxa de resposta |
|---------------------------|----------------------------|------------------------|---------------------|
| ACES 1 | 229 | 85 | 37% |
| ACES 2 | 368 | 75 | 20% |
| ACES 3 | 160 | 99 | 62% |
| ACES 4 | 205 | 81 | 40% |
| ACES 5 | 793 | 193 | 24% |
| ACES 6 | 120 | 93 | 78% |
| ACES 7 | 195 | 66 | 34% |
| CH 1 | 852 | 83 | 10% |
| CH 2 | 364 | 14 | 4% |
| CH 3 | 335 | 9 | 3% |
| CH 4 | 302 | 174 | 58% |
| CH 5 | 177 | 60 | 34% |
| Hospital 1 | 39 | 31 | 79% |
| Hospital 2 | 296 | 60 | 20% |
| Hospital 3 | 102 | 18 | 18% |
| ULS 1 | 659 | 160 | 24% |
| ULS 2 | 473 | 127 | 27% |
| ULS 3 | 320 | 39 | 12% |
| ULS 4 | 469 | 46 | 10% |
| ULS 5 | 564 | 224 | 40% |
| ULS 6 | 422 | 204 | 48% |
| ULS 7 | 330 | 144 | 44% |
| Total | 7.774 | 2085 | 27% |

ANEXO III – Ofício tipo da ACSS às Instituições da amostra



S/referência:

Exmo. Senhor
XXX

N/referência:

Presidente do Conselho de Administração
da Unidade Local de Saúde XXX, EPE

Rua XXX

1111-111 XXX

C/c da Escola Nacional de Saúde Pública

Assunt o: **Projeto de determinação do grau de integração das unidades prestadoras de cuidados de saúde no contexto do Serviço Nacional de Saúde português – Aplicação de um “Inquérito”**

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), estabeleceram um Acordo, onde se comprometem desenvolver um projeto que permitirá **atualizar o estudo realizado em 2010, relativo à determinação do grau de integração das unidades prestadoras de cuidados de saúde no contexto do Serviço Nacional de Saúde português.**

Os objetivos do projeto, acima referido, são:

- a) Descrever o estado de arte sobre as metodologias de determinação do grau de integração das unidades prestadoras de cuidados de saúde;
- b) Efetuar a comparação evolutiva dos resultados apurados em 2010, relativamente às unidades prestadoras de cuidados de saúde que apresentam uma estrutura tipo Unidade Local de Saúde;
- c) Proceder a uma avaliação sobre o grau de integração em unidades prestadoras de cuidados de saúde que não apresentam uma estrutura tipo Unidade Local de Saúde.

Para o desenvolvimento eficaz de um estudo desta natureza, é indispensável que a equipa de projecto disponha da colaboração da ULS Matosinhos. Assim solicitamos, que nos **indiquem um interlocutor nessa instituição para facilitar a comunicação e desenvolvimento deste projeto, até 20/11/2014, para o seguinte egios2014@ensp.unl.pt.**

Para a execução operacional do projeto a equipa de trabalho da ENSP será constituída pelos seguintes elementos: Prof. Doutor Rui Santana, Dra. Ana Patrícia Marques e Dr. Ricardo Gonçalves.

De acordo com a metodologia do projeto, é necessária a realização de um **inquérito**, através do qual se pretende conhecer a prática organizacional das instituições em seis dimensões distintas: Clínica, Informação, Normativa, Administrativa, Financeira e Sistémica.

Os destinatários são os membros do Conselho de Administração, os Administradores Hospitalares, os médicos e enfermeiros da ULS. Relativamente aos médicos e enfermeiros pretende-se que o inquérito seja distribuído pelos médicos de Medicina Geral e Familiar e enfermeiros dos cuidados de saúde primários; e pelos médicos e enfermeiros dos serviços hospitalares de Cirurgia Geral, Ginecologia/Obstetrícia, Medicina Interna e Pediatria.

O acesso ao inquérito, acima referido, será realizado através de uma plataforma *on-line*. Após a identificação do interlocutor, a equipa do projeto irá disponibilizar o *link* de acesso ao inquérito, assim como, a indicação dos procedimentos associados.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Directivo da
Administração Central do Sistema de
Saúde (ACSS)

ANEXO IV – Tabela tipo enviada aos interlocutores para preencherem o número de profissionais da instituição que cumprem os critérios do EGIOS II

| Instituição | Destinatários | N.º de Elementos | N.º de Médicos | N.º de Enfermeiros |
|--------------------|--|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| ULS XXX | Conselho de Administração | | | |
| | Administradores e gestores hospitalares | | | |
| | Hospital, Serviço de Cirurgia Geral | | | |
| | Hospital, Serviço de Ginecologia/Obstetrícia | | | |
| | Hospital, Serviço de Medicina Interna | | | |
| | Hospital, Serviço de Pediatria | | | |
| | Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) | | | |
| | Unidade de Saúde Familiar (USF) | | | |